Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0029

G.TIMOSCA/

Traitement de l'ankylose temporo-mandibulaire.

Revue de Stomatologie 1969-70 - 5 - 333-342.

J.VINCENT et G.BOUHOURS/

Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire

Rev. Franç. d'odonto-Stomato. 1966 - 2 - 203.

A.H.YOUNG/

A fallow up of twelve cases of ankylosis of the mandibular joint treated by condylectomy.

Brit. J.Plast Surg 1963-16-75.

G.GINESTET - L.TERVILLE et A.DUPUIS/

Traitement actuel des ankyloses tempero-maxillaires - Rev.Franç. d'odonto-stomato. 1955- 9- 1109.

KELLIKIAN/

A méthod of mobiliziug the tempero-mandibular joint the journal of bone and. Joint surgery vol. 32 A 1,113 Jannary 1950.

M.PALFER-SOLLIER/

L'arthroplastie modelante avec cavité glénoïde acrylique dans l'ankylose tempero-maxillaire. Rev.Franç. d'odonto-stomato. 1955 - 56 - 681.

Chirurgie de l'articulation tempero-mandibulaire XIVème congrè mondial dentaire 1967.

V.ROUDKO/

Traitement opératoire des ankyloses tempero-maxillaires - Dent. Fr. 1960 - 20 - 33.

H.ROUVIERE/

Anatomie humaine.
Tête et Cou - Tome I
Articulation tempero-maxillaire.

B.G.SARNAT - M.ENGEL/

A.SERIAL-STREDY of mandibular grwth after rémoval of the condyle in the macabre rhésus monkey.
The journal of plastic and. reconstructive surgery. 1951 - 364- 380.

DINGMAN/

Ankylosis of the temporomandibula r
joint American journal of orthodonties
1946 - 32-120.

L.DUFOURMENTEL/

Chirurgie de l'articulation T.Maxill. Paris 1929
Masson et Cie ed.
Notes sur 132 cas d'ankyloses T.M. opérées
Société de chirurgie de Paris 1941 - 67 - 370.

M.LUTASOUIER/

Du choix de l'intervention dans le traitement de
l'ankylose temporo-mandibulaire.
Thèse Paris 1961 - Foulon ed.

C.FREIDEL/

Les ostéotomies de la branche montante du maxil-
laire inf. dans les constrictions permanentes.
Ann.Odonto.Stomatolo. 1955 - 12 - 175.

C.FREIDEL/H.DEPLAGNE - P.BERTOIN - L.MATHIERS/

La méthode de ward dans le traitement de l'anky-
lose temporo-maxillaire - Revue de Stomatologie
1965 - 9 - 517-521.

G.GINESTET/et H.FREZIERE/

Constriction permanente d'origine osseuse extra-
articulaire, maladie de O.JACOB.
P.O.S. 1961 - 1273.

A. BETOULIERES/

Ossification para-articulaire neurogène

Presse médicale 1962 - 4 - 194.

P.CERNEA - R.BATAILLE - C.CREPY - R.MAZZA et P.TONNELIER/

Constriction permanente héréditaire des machoires.

Rev. de Stomato (Paris) 1965 - 64-59.

P.CERNEA et M.CHATEAU/

Observations concernant la croissance mandibulaire.

Rev. de Stomato 1955 - 4 281-289.

P.CERNEA - D.CREPY et M.BENOIT/

Les ankyloses temporo-maxillaires post-traumatiques

-La Revue du praticien - 1967 - 21 - 3013-3020.

A propos du traitement des ankyloses temporo - maxill. Rev. de Stomato 1963 - 1 - 2 -73-78.

G.CIMASONI/ Contribution aux techniques d'examen radiographique des arthropathies de l'articulation mandibulo-tempo. - Rev. mensuelle suisse d'odonto-stomato. 1960 - 5 - 428-455.

C.CREPY/

Données concernant le traitement des ankyloses

T.M. Rev. de Stomatologie. - 1962 - 5 - 771.

M.DECHAUME/

Précis de stomatologie

M.DECHAUME/M.GRELLET et M.BONNEAU/

Seize cas de constrictions permanentes des machoires - Ann. Chirur.Plast. 1961 - vol. VI - 3- 165.

_ B I B L I O G R A P H I E _

°+°

F.ACKERMANN/

Le mécanisme des mâchoires - 1953 - Masson

K.ANASTASSOV/

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. XIVème congrès dentaire mondial Juillet 1967.

M.AUBRY et M.PALFER-SOLLIER/

A propos des constrictions permanentes des machoires d'origine articulaire - Sem.Hôp-Paris 1954 30 - 1.

Ax-Hausen/

Die opérative Freileigung des Briefergelenkes. 3 - 713 - Aug.1913.

H.BAUX et E.CADENAT/

Le problème étiologique des ankyloses temporo-maxillaires dites congénitales. Rev.stomato. (Paris) 1954 - 55 - 413.

M. BENDIB/

Radiographie de l'articulation T.maxill. méthode de Zimmer. Journal de Radiol. et d'électrol. 1949 - n° 11 - 12 - 627.

Rôle de la tomographie dans l'étude de l'articulation temporo-maxill. Journal de radiol. et archives d'électricité médicale - 1950 - n° 34 - 178 - 180.

- CONCLUSION -

Au terme de notre étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°/ La variété osseuse des constrictions permanentes des machoires est de plus en plus fréquente en Algérie.

2°/ Elle relève le plus souvent d'une atteinte traumatique articulaire ou juxta articulaire.

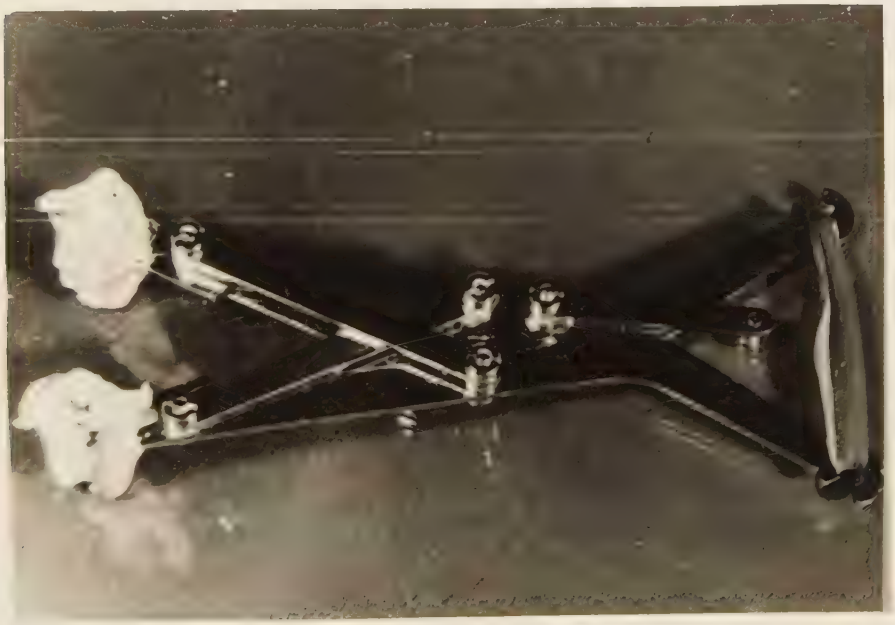
3°/ Rencontrée fréquemment chez l'enfant, elle occasionne des troubles morphologiques importants. Non traitée, l'ankylose temporo-mandibulaire en milieu algérien, entraine un retard staturo-pondéral et une déficience de l'état général.

4°/ L'intervention chirurgicale pratiquée chez l'adulte, réussit presque toujours dans l'ankylose unilatérale, à condition que la résection méthodique et minutieuse soit assez importante (1 à 2 cm). L'interposition de tissu n'est pas nécessaire; celle des résines nous a paru nocive. Il se produit aprés intervention une articulation fibreuse souple, mais le malade présente une latérodéviation mandibulaire vers le côté opéré. L'ankylose bilatérale récidive plus souvent. Il est à notre sens préférable d'opérer chaque côté séparément et à trois semaines d'intervalle. L'apophyse coronoïde parfois hypertrophiée dans les ankyloses anciennes doit être amputée.

5°/ Chez le tout jeune enfant, l'intervention est périlleuse et la récidive de règle. En Algérie, nous nous

Obs. n° 30/ [illegible]
22 ans

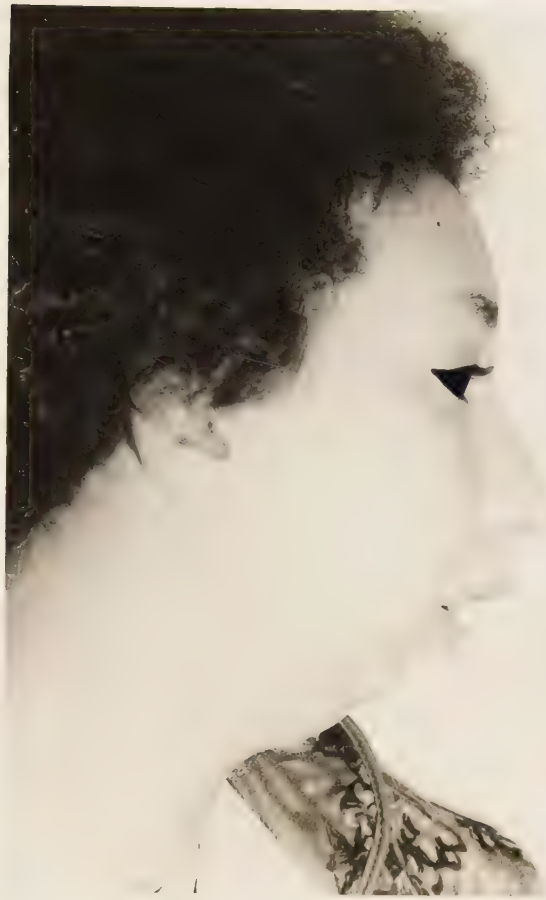
Tomographie de profil qui montre la synostose [illegible]. L'échancrure sigmoïde est comblée, la branche montante se continue uniformément avec l'os temporal.



Appareil de mobilisation post-opératoire.

Obs. n° 30/I. Fadika
20 ans

Ankylose temporo-mandibulaire unilatérale - cite congénitale.
Rétrognathie importante donnant un profil d'oiseau caractéristique.



Latérodéviation du côté gauche avec affaissement de la courbure mandibulaire du côté opposé.

La vestibulo-version des incisives inférieures est nette. L'encombrement dentaire est manifeste; les caries sont nombreuses.

L'état général est mauvais, la malade présente un retard staturo-pondéral, elle est chétive et asthénique.

Examen radiographique

Les tomographies montrent l'existence d'une synostose mandibulo-crânienne gauche.

L' A.T.M. droite paraît normale.

Intervention : Anesthésie générale au penthotal. L' Intubation naso-trachéale est impossible, un spasme laryngé nous oblige à pratiquer d'urgence une trachéotomie. Incision arciforme prétragienne remontant assez haut dans la fosse temporale. Dissection des différents plans. Nous arrivons sur un pont de synostose mandibulo-crânienne assez important. L'échancrure sigmoïde est comblée. La branche montante se continue uniformément avec l'arcade zygomato-malaire. L'os de néoformation est hypercalcifié, la pince gouge n'est pas d'un grand secours. A l'aide du tour électrique nous réalisons une tranchée de 1 cm 1/2 de largeur. La tranche de section intéresse bien entendu condyle et coroné.

En fin d'intervention nous obtenons un espace inter-incisif de 1 cm 1/2 environ. L'amplitude de cette ouverture buccale est insuffisante, nous nous proposons d'explorer dans un deuxième temps l'articulation temporo-mandibulaire du côté opposé.

Nous mettons en place une mèche iodoformée et nous suturons sur trois plans.

N° 30/ Mlle B. Malika âgée de 22 ans est hospitalisée dans notre service pour une ankylose temporo-mandibulaire dite congénitale.

La patiente n'aurait jamais mobilisé sa mandibule.

L'anamnèse nous apprend qu'elle fut déjà opérée une lère fois à l'âge de 8 ans. L'intervention avait intéressé l'articulation T.M. gauche.

Les résultats furent aux dires de la malade, assez décevants. Actuellement, on note à l'examen clinique une asymétrie faciale importante, avec latéro-déviation du côté gauche. On note également, un affaissement total de la courbe maxillaire du côté droit.

Un menton en retrait donnant à la malade le profil d'oiseau caractéristique.

Une cicatrice prétragienne gauche témoigne de la première intervention.

La palpation nous permet de déceler une dépression anormale située au niveau de l'A.T.M. gauche. Nous pouvons aussi, sentir sous le doigt une encoche basilaire au niveau de la branche horizontale gauche, juste en avant de l'angle goniaque.

Les mensurations des branches montantes et des branches horizontales objectivent une brièveté des éléments situés du côté malade.

En écartant les lèvres, nous mettons en évidence la latéro-déviation du côté gauche. Il n'existe qu'une occlusion molaire du côté gauche, car du côté opposé, les molaires inférieures prennent contact avec la muqueuse palatine.

Obs. n° 29/ [illegible] Rabia 17 ans

Incision antétragienne remontant assez haut dans la fosse temporale.

Résultat après intervention qui a consisté en une résection modelante (1cm) du bloc d'ankylose.

Obs. n° 29/B.Rabia 17 ans.

Ankylose temporo-mandibulaire unilatérale
d'origine traumatique - vieille de onze ans.

d'ostéotomie supérieure et inférieure à la fraise ronde et au tour électrique.

Nous créons une tranchée de 1 cm environ. Au terme de l'intervention, nous obtenons une ouverture buccale de 2 cm 1/2. Mise en place d'un drain plat et sutures sur 3 plans.

Mécanothérapie à partir du 4ème jour.

N° 29/ Melle B. Rabia 17 ans 1/2 vient consulter pour une limitation à l'ouverture buccale vieille de 11 ans. Cette constriction permanente est secondaire à un traumatisme.

Actuellement, la patiente présente un mauvais état général. Une asymétrie du visage avec latérodéviation du côté gauche et affaissement de la joue droite.

La palpation permet de déceler un léger jeu articulaire du côté droit lors des tentatives d'ouverture et de fermeture buccale. Nous notons également une encoche préangulaire sur le bord basilaire de la branche horizontale gauche.

En écartant les lèvres on met à jour une nette latérodéviation gauche - une mauvaise hygiène buccale avec polycaries.

Les tomographies de profil montrent une synostose mandibulo-crânienne localisée à l'articulation temporo-mandibulaire gauche.

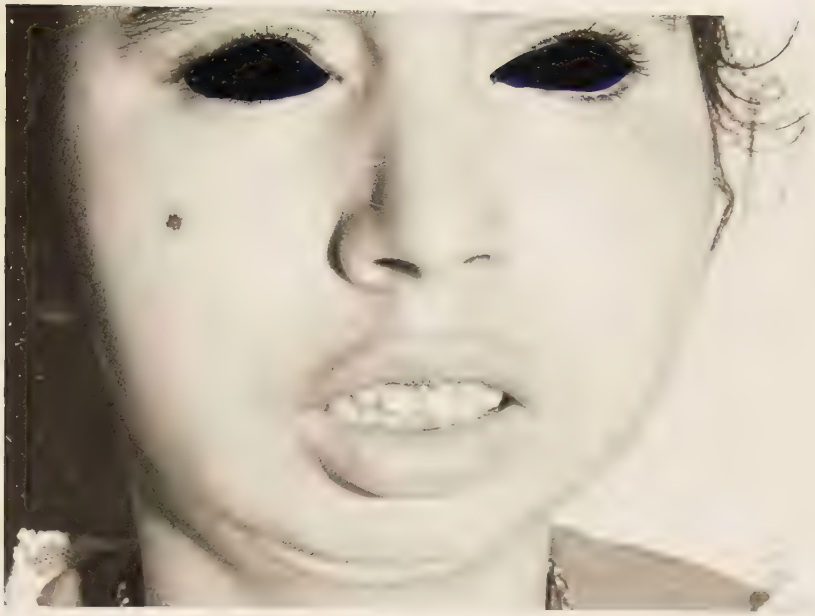
Le bloc de synostose est volumineux, il comble à moitié l'échancrure sigmoïde.

En arrière, il atteint la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Nous perçevons au coeur de cette masse osseuse, un interligne articulaire assez flou.

Intervention : Nous opérons sous anesthésie générale à base de penthotal avec intubation naso-trachéale.

Incision arciforme prétragienne remontant dans la fosse temporale, dissection des différents plans. Nous arrivons sur un énorme bloc osseux de néoformation. Nous l'exposons à l'aide de la rugine, puis nous réalisons nos lignes



Obs. nº 28/ M. Sada
20 ans
Résultat après deux ans.

Côté droit

Obs. nº 28/[illegible] [illegible]
20 ans
Ankylose temporo-mandibulaire bilatérale
post-traumatique.

Côté gauche

mandibulaire à l'os temporal. Les lésions du côté droit et gauche sont superposables.

Intervention : Anesthésie générale, intubation naso-trachéale nous opérons les deux côtés en deux temps séparés. Côté droit : Incision arciforme, prétragienne remontant assez haut dans la fosse temporale. Dissection puis rugination du bloc osseux de néoformation, deux lignes d'ostéotomie, l'une supérieure l'autre inférieure espacées de 1 cm5 sont réalisées dans le cal osseux. Le bloc de résection est enlevé à la pince gouge. Un faisceau postérieur de muscle temporal est basculé dans la cavité ainsi créée.

Sutures sur deux plans.

Côté droit : est opéré suivant le même processus. En fin d'intervention, nous obtenons une ouverture buccale évaluée à trois travers de doigt.

Mécanothérapie habituelle.

Quatre mois aprés, la malade est réhospitalisée en vu d'une greffe mentonnière. Une prothèse intra-tissulaire en acryl est tentée. Elle est rejetée au milieu d'une abondante suppuration dans les jours qui ont suivi l'intervention.

Deux années plus tard, la malade revient nous voir avec une ouverture buccale de même amplitude (3 cm).

Nous décidons alors la réalisation d'une greffe mentonnière. Un masque est préparé et nous confectionnons une symphyse en acryl blanc. Ce modèle en résine nous permet de juger de l'importance du prélèvement osseux à effectuer.

Intervention : sous anesthésie générale et intubation naso trachéale. Le greffon est pris sur la crête iliaque (tubérosité), il est modelé et appliqué soigneusement sur la corticale externe de la symphyse dûment avivée.

Suture sur deux plans.

Côté droit. Incision prétragienne prolongée en haut et en avant dans la fosse temporale. On arrive sur un énorme bloc osseux de néoformation qui soude la mandibule à l'os temporal. Résection à l'aide du tour électrique d'un fragment osseux de 1 cm 1/2 environ.

Le côté gauche est opéré dans la même séance. Nous réalisons la même intervention et nous obtenons une béance interincisive évaluée à 3 cm.

Mécanothérapie habituelle.

o

o o

B/ H. Saada 20 ans est hospitalisée pour une constriction permanente survenue à l'âge de 13 ans à la suite d'une chute sur le menton.

Actuellement, nous notons à l'examen clinique un Vogelgesicht trés prononcé avec biprocheilie. L'ouverture buccale est impossible, la palpation décèle des condyles mandibulaires hypertrophiés, fixés au temporal.

En écartant les lèvres, nous pouvons examiner les muqueuses qui sont normales et ne présentent aucune bride cicatricielle.

Nous notons cependant une biproalvéolie avec vestibulo-version des incisives.

L'état général est déficient, la malade paraît sous-alimentée.

Radiographie : Les tomographies de profil montrent une atteinte bilatérale. Nous avons au niveau de chaque articulation un bloc osseux de néoformation qui soude le condyle

incisé, la dent causale extraite. Les suites opératoires sont normales, l'ouverture buccale est de même amplitude.

o

o o

27/ B. Salah. Malade âgé de 19 ans vient consulter pour une constriction permanente des machoires survenue à l'âge de 12 ans, par suite d'une chute de voiture. Cette chute avait en outre occasionée une otorragie bilatérale. La limitation de l'ouverture buccale était apparue quelques temps aprés et s'était aggravée progressivement. Un traitement à base de traction (poids) est essayé à Constantine sans résultats.

Le patient est examiné une lère fois en 1965 dans notre service à l'âge de 16 ans, le malade présentait alors une constriction permanente complète, une légère rétrognathie avec hypogénèsie de la mandibule. Les tympans sont normaux, pas de surdité. Existence d'une déviation nasale à convexité droite.

Les tomographies objectivaient une synostose osseuse entre mandibule et os temporal. L'atteinte est bilatérale et le bloc osseux néoformé a envahi toute la région articulaire et périarticulaire au niveau des A.T.M.

Le malade est opéré le 12/11/1965, le type d'intervention n'est pas précisé.

Deux mois aprés on observe une récidive.

Nous réintervenons deux années plus tard sous anesthésie générale et intubation naso-trachéale.

Obs. n° 26/L. Dahbia
21 ans

Résection en ^ pratiquée au niveau de l'angle mandibulaire. Radiographie (maxillaire défilé centré sur l'angle goniaque) réalisée au cours d'accidents inflammatoires et avant extraction de la dent causale.

une coupe tomographique faite à 10,8 mm un interligne articulaire à concavité supérieure.

La branche montante est oblique en bas et en arrière, l'angle mandibulaire fait saillie, l'encoche préangulaire est bien dessinée.

L'importance du bloc de synostose et le danger que pose sa résection, nous font préférer l'intervention à distance, en l'occurence au niveau de l'angle mandibulaire, telle que l'a décrite Levrat.

Intervention :

Nous opérons sous anesthésie générale et intubation naso-trachéale. Incision sous angulo-maxillaire gauche, on arrive sur le bord basilaire; à l'aide d'une rugine on désinsère les muscles masséter et ptérygoïdien interne. On expose ainsi la région angulaire. La résection en V inversé est pratiquée au tour électrique, le paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur est sacrifié. Une ouverture buccale de 3 cm est obtenue. Aprés hémostase, nous plaçons un drain de Redon et nous suturons sur trois plans. Une couverture antibiotique est prescrite et au bout de 3 semaines, la malade quitte l'hopital parfaitement guérie.

Nous la revoyons quinze jours plus tard avec une réaction cellulaire inflammatoire importante, en voie de suppuration. Cette cellulite est bien entendu localisée à la région opérée. Une radiographie (maxillaire défilé) réalisée à ce moment, décèle l'existence d'une dent de sagesse, dont les racines plongent en plein foyer de résection. La cellulite est refroidie par un traitement antibiotique, le phlégmon

Le 4/10/1969 nous revoyons cette malade, qui présente une gêne à la fermeture buccale. L'examen clinique nous fait soupçonner un obstacle dû à l'apophyse coronoïde droite.

L'étude des radiographies montre en effet un coroné hypertrophié, de morphologie anormale et qui de plus, est fractué à sa base.

Nous décidons une exploration par voie endo-buccale avec si nécessaire, ablation de cette apophyse.

La malade meurt par suite d'un choc anesthésique.

o

o o

26/ L.Dahbia 21 ans est hospitalisée dans notre service pour une ankylose temporo-mandibulaire unilatérale gauche consécutive à une chute sur le menton du haut d'une échelle.

La malade présente cette constriction depuis l'âge de 8 ans. Les constatations cliniques sont des plus classiques, latéro-déviation, rétrognathie mandibulaire, affaissement de la joue du côté opposé et bien entendu impossibilité totale de mouvoir la machoire inférieure. La palpation, objective une hypertrophie osseuse dans la région condylienne gauche et une encoche prégoniaque sur la branche horizontale gauche. Nous notons enfin l'existence d'une biprocalvéolie assez marquée.

Les tomographies de profil, faites en coupes successives de 2 mm en 2 mm, confirment la présence d'une néoformation osseuse qui a envahi complètement l'articulation temporo-mandibulaire gauche et déborde sur les régions péri-articulaires. L'échancrure sigmoïde est comblée. Nous aperçevons sur

Côté gauche

Obs. nº 25/I. Garçon
21 ans

Akinésie temporo-mandibulaire bilatérale d'étiologie indéterminée.

Côté droit

A l'examen endo-buccal on note l'existence d'une béance incisive importante, du fait d'une proalvéolie supérieure, d'une rétrognathie inférieure et d'un contact prématuré molaire.

La malade présente en outre une endognathie importante avec un palais ogival.

Les examens complémentaires (radiographie et surtout tomographie) montrent un important bloc osseux au niveau de l'A.T.M. droite. Ce bloc osseux unit les surfaces articulaires temporales et la paroi antérieure du conduit auditif externe d'une part, la branche montante du maxillaire inférieure d'autre part.

Il n'existe plus d'échancrure sigmoïde.

A gauche, les lésions sont assez comparables.

Intervention :

- Incision arciforme préméatique, rugination. Le bloc osseux est dégagé sur sa partie antérieure et postérieure. A l'aide d'une fraise ronde on réalise des perforations. L'ostéome est éburné, les fraises se cassent. Une tranchée de 1/2 cm de large est pratiquée. A l'aide de la pince gouge puis du burin, on achève l'ostéotomie.

En fin de résection, un petit vaisseau est lésé, une mèche iodoformée est tassée au fond de la tranche de section.

Elle est suffisante pour stoper l'hémorragie.Le côté droit est opéré trois semaines aprés.

En fin d'intervention, nous obtenons une béance inter-incisive de 3 cm. Mise en place d'un drain de Redon et sutures sur deux plans.

Mécanothérapie habituelle.

5/ L. Safia âgée de 21 ans est réhospitalisée pour récidive d'une ankylose temporo-maxillaire. La malade a déjà été opérée à maintes reprises.

En effet, les débuts de la maladie remontent à l'âge de 4 ans. A cette époque une première intervention est pratiquée à la suite d'une ankylose temporo-maxillaire. Quatre années plus tard, une récidive oblige la malade à subir une seconde opération.

Quatre ans aprés, la malade est à nouveau réhospitalisée et réopérée pour une deuxième récidive, une greffe osseuse (symphyse mentonnière) est réalisée quelques temps aprés.

Trois ans ne se sont pas écoulés quand la patiente présente de nouveau une constriction permanente.

Une ostéotomie sus-spigienne bilatérale est réalisée.

Actuellement, c'est-à-dire quatre ans aprés, on observe une nouvelle récidive. La malade en occlusion molaire permanente présente une béance incisive trés importante permettant l'alimentation. L'état général est satisfaisant.

L'examen clinique exo-buccal montre un profil anormal de "Musaraigne". Les angles goniaques sont trés ouverts, le menton se termine en pointe inférieure.

La palpation nous permet de déceler une masse de consistance osseuse localisée à la région condylienne, surtout du côté droit. Il n'existe aucun jeu articulaire, pas de signes douloureux.

Obs. nº 24/ M. Nacéra
5 ans
Tomographie dans le sens sagittal
avant intervention.

Image tomographie de la récidive
observée vingt mois aprés.

La malade est opérée le 8/5/1968 sous anesthésie générale.

Incision préauriculaire type Ginestet, les plans cutanés sont décollés puis l'aponévrose profonde est incisée, on arrive ainsi sur l'apophyse zygomatique, nous évoluons vers le bas et nous découvrons un pont osseux reliant le condyle mandibulaire à l'os temporal. Une ostéotomie horizontale est pratiquée au niveau supposé du col du condyle, elle consiste en un simple interligne articulaire.

I'ouverture buccale est à ce moment possible et les différents plans sont suturés.

Mécanothérapie pratiquée à partir du 3ème jour à l'aide d'une pince à linge. En Mai 68 et 22 jours aprés l'intervention la malade quitte le service dans un état satisfaisant et une ouverture buccale correcte.

vingt mois aprés, la petite malade est réhospitalisée pour récidive.

L'état général est cependant nettement amélioré.

Les tomographies montrent la ligne de résection passant en plein centre du bloc osseux néoformé et une apophyse coronoïde hypertrophiée. Cette mince ligne radio claire est sans nul doute comblée par du tissu fibreux en voie de calcification.

Nous nous proposons de réintervenir.

o

o o

24/ N. Nacéra âgée de 5 ans

Cette jeune malade de cinq ans vient consulter pour impossibilité d'ouverture buccale. Cette infirmité est, selon les parents, congénitale.

A l'examen clinique, nous notons une légère asymétrie faciale, la courbe maxillaire inférieure est estompée du té droit, laissant soupçonner une latéro-déviation du côté gauche.

La lèvre est elle aussi déportée vers la gauche, la palpation objective l'absence du jeu des condyles mandibulaires et une légère hypertrophie du condyle gauche. Cette palpation ne réveille aucune douleur, il n'y a pas d'adénopathie, pas de perturbation de la sensibilité labio-mentonnière.

L'ouverture buccale est impossible, il s'agit là d'une constriction permanente trés serrée.

En écartant les lèvres, nous observons une nette latéro-déviation du côté gauche, le menton déporté vers la gauche est légèrement en retrait - la denture est saine de même que la muqueuse. Nous notons l'absence de $\overline{II - I/}$ et une vestibulo version des incisives inférieures.

Mauvaise occlusion. L'état général est médiocre, l'enfant dénutrie est chétive, elle présente un retard staturo-pondéral marqué.

Bilan radiographique :

Les tomographies de l'A.T.M. gauche de profil montrent un remaniement important au niveau du condyle mandibulaire gauche, la région présumée du condyle maxillaire n'est plus qu'un énorme bloc osseux soudant la branche montante à l'os temporal - l'échancrure sigmoïde est partiellement comblé.

Obs. n° 5/ [illegible] 17 ans.
[illegible] de [illegible] maxillaire unilatérale.
post-traumatique - incision arciforme
prétragienne.

après intervention : l'ouverture buccale satisfaisante
se fait avec latéro-déviation du côté atteint.

Nous excisons la lère cicatrice et aprés dissection des différents plans, nous ruginons l'os en bas et en avant du conduit auditif externe. Nous redécouvrons ainsi, l'énorme bloc osseux qui soude la mandibule à l'os temporal.

Nous pratiquons notre résection beaucoup plus bas et suivant la technique habituelle. Un fragment d'os de 1 cm 1/2 d'épaisseur est enlevé.

Nous obtenons en fin d'intervention une ouverture buccale de plus de 3 cm.

Mise en place d'un drain de Redon et sutures sur 3 plans.

Mécanothérapie à partir du 4ème jour.

centre du bloc osseux. Cet interligne disparait dans toute sa moitié antérieure et ce à partir de 2,8 cm de profondeur, mais à ce moment apparait une autre ligne radio claire localisée immédiatement en dessous de la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

Cette ligne large de 1 cm environ n'interesse pas toute la largeur du bloc osseux de néoformation. Ce qui fait que nous avons là une synostose temporo-mandibulaire en marche d'escalier.

Intervention : Anesthésie générale et intubation naso-trachéale. Incision arciforme prétragienne et remontant assez haut dans la fosse temporale. Hémostase puis ruginationNous arrivons sur un énorme bloc osseux qui soude la branche

montante de la mandibule sur toute sa largeur à la base du crâne. Le remaniement de la région est tel que tous les rapports sont perturbés. Les repères sont rendus difficiles.

A l'aide du tour électrique nous entreprenons la réalisation de la ligne supérieure de résection sous jet de sérum physiologique.

Au terme de l'ostéotomie, nous aperçevons le feuillet méningé.

Aussitôt la plaie est nettoyée et nous mettons en place une mèche iodoformée au contact de la méninge mise à nu.

Nous suturons sur deux plans.

Les suites opératoires sont normales.

Trois semaines aprés nous intervenons de nouveau.

la branche horizontale et la branche montante droite sont plus courtes.

La palpation permet de déceler une hypertrophie de consistance osseuse localisée au condyle mandibulaire droit et d'apprécier le jeu articulaire, lors des mouvements d'ouverture et de fermeture de la cavité buccale.

C'est ainsi que du côté gauche, le condyle est mobile et effectue un mouvement de rotation suivi d'un léger mouvement de translation. Par contre du côté droit nous ne perçevons qu'un mouvement de rotation minime.

Ceci permet une légère ouverture buccale, avec latéro déviation du côté droit. Ouverture buccale limitée à un travers de doigt.

La denture est normale, trés peu de carie et peu de tartre sur le bloc incisivo canin inférieur.

L'examen des parties molles est négatif - sensibilité normale, état général satisfaisant.

Examens complémentaires :

sang = R.A.S.

Radio :

Tomographie : A.T.M. gauche = normale

A.T.M. droite = les tomographies faites de 2 mm en 2 mm visualisent un énorme bloc osseux qui occupe la région articulaire et périarticulaire allant à la face antérieure du C.O.E. à la racine transverse de l'apophyse zygomatique. En bas, il s'étend jusqu'à une ligne horizontale passant par l'extrémité toute inférieure de l'échancrure sigmoïde. Les tomographies sagittales prises à 2,4 et 2,6 montrent un interligne articulaire situé en plein

côté droit: Nous observons la même image radiographique, mais le bloc osseux de néoformation est plus important, il comble pratiquement toute l'échancrure sigmoïde - nous pensons qu'il s'agit là de séquelle secondaire à une double fracture sous-condylienne - les condyles étant attirés en avant, en haut et en dedans. L'état général est profondément atteind, malade asthénique - chétive.

Intervention : Dans un premier temps nous intervenons sur l'A.T.M. droite. Sous anesthésie générale et intubation naso-trachéale, on pratique une incision préauriculaire arciforme. On dissèque les plans aponévrotiques et musculaires - on arrive ainsi sur la face externe de l'A.T.M. l'os est ruginé et on aperçoit le pont osseux néoformé. Aprés l'avoir soigneusement dégagé on le sectionne à l'aide d'un tour électrique.

La résection est importante, puisqu'elle interesse le coroné, le bloc osseux néoformé et le col du condyle qui est d'ailleurs minuscule. On régularise les bords du trait de résection, puis aprés mise en place d'un drain de Redon on suture sur trois plans.

Le côté gauche est opéré deux semaines aprés suivant le même processus. Une ouverture buccale de deux travers de doigt est obtenue.

o
o o

3/ Abdelwaheb âgé de 16 ans consulte pour limitation à l'ouverture buccale. Cette limitation serait secondaire à une chute survenue il y a environ 8 ans.

A l'examen clinique on note une asymétrie faciale,

L'examen clinique ne met en évidence aucune cause cutanée-muqueuse ou sclérose musculaire (myosite).

Les tomographies ne décèlent aucun bloc de synostose; cependant, l'interligne articulaire est flou et irrégulier.

Compte tenu de ces données cliniques, et radiologiques nous posons le diagnostic de séquelle d'arthrite temporo-mandibulaire prédominant du côté droit.

Intervention : Anesthésie générale avec intubation naso-trachéale. Nous opérons les deux côtés dans la même séance, suivant la technique de Dufourmentel (interligne articulaire).

L'ouverture buccale normale est obtenue. Les suites opératoires sont normales. Le malade n'est plus revu en consultation pour contrôle.

o
o o

M. Malika âgée de 12 ans est examinée pour limitation à l'ouverture buccale à 5 mm.

Cette petite malade aurait fait une chute sur le menton 3 mois avant. Depuis, une gêne à l'ouverture buccale s'est progressivement et insidieusement installée.

L'examen clinique est négatif - l'examen tomographique des A.T.M. montre du côté gauche un pont osseux entre mandibule et os temporal, partant du bord postérieur de l'échancrure sigmoïde face antérieure du col du condyle et se terminant en avant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, au niveau de la surface plane sous temporale.

Le condyle maxillaire apparait comme décapité.

Obs.n° 20/K.Mohamed
15 ans

Synostose corono-zygomato-malaire post traumatique

Apophyse coronoïde anormalement développée.
Incidence de Blondeau

Tomographie sagittale de la même lésion.

traumatisme localisé à la région temporale gauche survenu il y a 4 ans. A l'époque, aucune lésion osseuse n'avait été décelée.

A l'examen clinique nous observons effectivement une limitation à 3 mm, de l'ouverture buccale - cette ouverture buccale réveille de légères douleurs localisées au régions préauriculaires et surtout du côté gauche - La tentative manuelle visant à augmenter l'amplitude ne fait qu'accentuer la douleur. La palpation des A.T.M. objective un léger jeu articulaire - cette palpation est douloureuse du côté gauche.

Le malade est un édenté partiel, il ne subsiste que les blocs incisivo-canins supérieur et inférieur.

La muqueuse est normale. Au terme de l'examen clinique, nous soupçonnons à juste titre une lésion articulaire qui aurait entraîné cette séquelle. L'examen tomographique allait infirmer le diagnostic.

En effet, sur les clichés tomographiques de profil faits de 1/2 cm en 1/2 cm, il est visualisé une condensation osseuse, siègeant sur l'apophyse coronoïde qu'elle prolonge vers le haut en direction du tendon terminal du muscle temporal.

Cette traînée radio-opaque monte et passe sous l'arcade zygomato-malaire. Cette image est également visible sur le cliché de face en incidence de Blondeau - par ailleurs, l'articulation T.M. gauche, que l'on incriminait cliniquement est tout à fait normale.

Nous pensons qu'il s'agit là de la calcification d'un hématome consécutif à un traumatisme localisé au tendon

A.T.M. droite, nous avons en effet un condyle hypertrophié, qui a perdu son contour anatomique normal - ce n'est plus qu'un bloc osseux hypercondensé, le col condylien est effacé, l'échancrure sigmoïde légèrement comblée. Nous perçevons cependant, un interligne articulaire assez pincé.

Les tomographies sagittales faites de 1/2 cm en 1/2 cm permettent de donner les limites en profondeur à cette néoformation osseuse qui s'étend à plus de 2 cm - l'interligne articulaire est irrégulier et réduit à une mince ligne.

Intervention : Anesthésie générale, incision arciforme concave en avant, allant du tragus et remontant dans la fosse temporale - on progresse vers la profondeur en faisant l'hémostase au fur et à mesure.

Le ligament latéral externe est découvert, on l'incise et on rugine le condyle de la mandibule qui n'est plus qu'un large bloc osseux s'étalant d'avant en arrière et de haut en bas.

On pratique une ligne d'ostéotomie de cette formation osseuse dans la partie supérieure à l'aide d'une fraise ronde (technique de Dufourmentel). A l'aide d'une gouge, on élargit cette interligne jusqu'à 1 cm environ. On obtient une ouverture buccale à 2 travers de doigt. Nous mettons en place un drain de Redon et nous suturons sur 3 plans. Rééducation habituelle.

o

o o

O/ Mr K. Mohamed âgé de 45 ans se présente à la consultation pour limitation douloureuse de l'ouverture buccale.

L'interrogatoire du malade révèle l'existence d'un

attirée par une nette asymétrie faciale.

Les téguments sont de couleur normale. La palpation nous permet d'apprécier le tonus normal des muscles masséters et ne révèle aucun phénomène douloureux - elle permet de mettre en évidence la brièveté de la branche montante droite - une saillie anormale à hauteur du condyle mandibulaire du même côté.

Nous notons enfin une adénopathie sous maxillaire bilatérale, petits ganglions mobiles, sur les plans profonds et sous les plans cutanés - ces ganglions sont non douloureux.

L'ouverture buccale est limitée à 1/2 cm et se fait avec latéro déviation du côté malade.

Le jeu articulaire au niveau des A.T.M. est discret. Nous avons une légère mobilité des condyles mandibulaires, cette mobilité est davantage perceptible du côté gauche.

L'articulé dentaire est perturbé : l'occlusion se fait avec béance incisive, secondaire à un contact prématuré molaire.

La denture mixte est normale, mais présence de polycaries.

La muqueuse buccale est saine, pas de brides muqueuses ou autres cicatrices.

Devant un tel tableau clinique, nous posons le diagnostic de constriction permanente en soupçonnant fortement une origine articulaire du côté droit.

Examens complémentaires : examens sanguins : R.A.S.

Bilan radiographique : Une première radiographie réalisée en incidence de Schuller confirme l'atteinte de l'

grosseur d'une noix au niveau de cette articulation. De plus on distingue la disparition partielle de l'interligne articulaire.

Les tomographies de l'articulation temporo maxillaire droite sont normales. Il s'agit donc d'une ankylose temporo-maxillaire gauche d'origine traumatique.

Intervention : Aprés anesthésie générale et intubation naso-trachéale, une incision cutanée préauriculaire en baionnette est pratiquée. Ensuite, rugination progressive qui permet de découvrir l'os de néoformation. Nous procédons à une exérèse totale de ce bloc osseux à l'aide d'une fraise ronde. L'ouverture buccale obtenue est de 3 cm.

L'interposition musculaire à l'aide d'un segment postérieur de muscle temporal est réalisée - mise en place d'un drain pour aspiration. L'intervention est terminée par la suture des parties molles en deux temps.

Les suites opératoires sont normales.

Mobilisation recommandée avec appareil de Ginestet pendant 6 mois, et mobilisation active. Malade revue 6 mois aprés l'intervention : bon résultat, ouverture buccale maintenue à 3 cm.

o

o o

9/ Fatma Zohra

Cette jeune malade âgée de 9 ans vient en consultation pour limitation à l'ouverture buccale.

L'anamnèse ne nous apporte aucun renseignement utile. A l'examen exo-buccal, notre attention est d'emblée

burin,sus-spigienne. Un faisceau de muscle masséter est désinséré. Il est basculé vers le haut et interposé au niveau de la section osseuse. Fermeture sur deux plans.

Côté gauche : Les lésions étant identiques, nous abordons directement la branche montante du maxillaire aprés incision sous angulo-maxillaire et nous pratiquons également une ostéotomie du même type que du côté droit, avec interposition de muscle masséter. Une trachéotomie aprés l'intervention est rendue nécessaire du fait de troubles respiratoires. Suites opératoires normales.

o

o o

Mme H. Fatma originaire d'Ouel Djellal nous a été adressée le 28 Janvier 1967 par l'Hopital de Biskra avec le diagnostic d'ankylose temporo maxillaire bilatérale, consécutive à une chute survenue il y a environ 30 ans.

A l'examen, la malade ne peut pas ouvrir sa bouche. Elle présente une rétrognathie inférieure assez accusée et un profil d'oiseau.

A la palpation de la région prétragienne, on ne perçoit aucune mobilité des condyles mandibulaire.

A l'examen endo-buccal on note une vestibuloversion des incisives supérieures et inférieures. Du point de vue général il s'agit d'une malade anémique, asthénique, chétive.

Bilan radiographique : Le téléthorax montre une image pulmonaire normale.

La tomographie de l'articulation temporo maxillaire gauche montre l'existence d'un bloc osseux important de la

né sont soudés au temporal et à la corniche zygomato-malaire.

Intervention : Incision prétragienne . Rugination antérieure, postérieure et de haut en bas qui expose à la fois, le condyle et le coroné. Résection à la fraise et à la pince gouge articulée du condyle et du coroné. Nous obtenons une ouverture buccale à 3 travers de doigt.

Pas d'interposition musculaire. Suture sur 2 plans. Mobilisation précoce, passive et active.

o o

B. Abdelkader

Le malade, âgé de 21 est originaire de Beni-Haoua. Il vient nous consulter pour une constriction permanente des machoires limitant son alimentation depuis 10 ans. Il ne peut préciser les raisons pour lesquelles cette constriction est survenue. Il ne se souvient d'aucun traumatisme. L'ankylose a été progressive. Son état général est déficient.

A l'examen, immobilité absolue des condyles. Le doigt placé dans le conduit auditif externe ne perçoit aucun mouvement.

La radiographie montre des deux côtés un bloc osseux réunissant les condyles temporal et maxillaire trés épais. Son épaisseur est précisée par l'examen tomographique.

Intervention : Côté droit. Etant donné l'importance du bloc osseux néoformé , nous préférons réséquer la branche montante du maxillaire en dessous du cal. Cette résection est pratiquée aprés abord de la mandibule par une incision curviligne sous angulo-maxillaire. Ostéotomie à la fraise et au

re inférieur et du temporal.

L'épaisseur du cal osseux est trés important, il est encore visible sur la coupe tomographique à 3 cm 1/2. Les lésions sont parfaitement symétriques.

Intervention : Le premier temps est effectué sur le côté gauche. L'intubation étant impossible,nous pratiquons une trachéotomie préopératoire. Incision verticale préauriculaire qui s'incurve légèrement dans la région temporale. Hémostase, rugination de l'articulation.

La résection est faite à environ 2 cm de l'articulation, mordant sur la branche montante.

La cavité est agrandie en réséquant vers le haut, une hauteur du bloc osseux d'environ 1 cm.

Interposition d'un faisceau de muscle temporal. Du côté droit les lésions étant identiques, la même intervention est pratiquée. Nous obtenons une ouverture buccale de 3 cm.

Mobilisation habituelle, active et passive.

o

o o

16/ Ahmed 17 ans de Bab El Oued

Ce malade se présente dans le service pour une constriction permanente des machoires. Cette constriction a succédé à un traumatisme de la région maxillaire inférieure droite. Cette ouverture devint impossible 6 mois aprés le traumatisme. 4 ans aprés, le malade vient nous consulter. L'ouverture de la bouche est alors de 5 mm.

La radiographie montre que seul le côté droit est atteint. L'interligne articulaire n'existe plus. Le condyle et le coro-

Deux tiges en acier de 10 cm de long auxquelles sont soudés deux arcs en acier, peuvent être arrimées aux gouttières par l'intermédiaire des vis latérales.

Cet ensemble métallique peut donc participer aux mouvements verticaux. Les tiges extra-buccales, réalisent un système de levier. Un balancier peut coulisser sur la tige inférieure et être immobilisé à la hauteur désirée. A l'extrémité des tiges, un fil élastique permet d'exercer une force continue tendant à écarter les gouttières l'une de l'autre et par conséquent à provoquer l'ouverture buccale. Cette force exercée sur les machoires, est fonction de la position de notre balancier sur sa tige support et de la puissance plus ou moins grande de notre élément élastique.

La malade est revue six mois aprés, son ouverture buccale est de nouveau de 3 cm.

o

o o

Chikh originaire de Tlemcen

Ce malade de 18 ans nous est adressé par l'Hopital de Tlemcen pour ankylose temporo-maxillaire bilatérale dont le début remonterait à plusieurs années. L'étiologie est inconnue.

A l'examen clinique, nous notons que l'ouverture buccale est limitée à 5 mm et que le patient présente un profil d'oiseau.

Les radiographies et surtout les tomographies de profil montrent la disparition de l'interligne articulaire et l'existence d'un bloc osseux soudant les condyles du maxillai-

Obs.nº 11/M.Mich
25 ans

Décanothérapie post-opératoire à l'aide d'un appareil mobilisateur réalisé dans notre service.

au niveau de la corniche temporo-zygomatique. Perforations habituelles distantes de 3 mm les unes des autres. Nous pratiquons des perforations similaires 1,5 cm plus bas (ligne d'ostéotomie inférieure). Ces perforations sont réunies par la fraise à fissure - extirpation d'un important bloc osseux.

Les bords de la cavité ainsi créée sont adoucis à la grosse fraise ronde. Une hémorragie est provoquée accidentellement dans la profondeur. Elle est arrêtée par une pince à demeure et par électrocoagulation sur pince. Un lambeau postérieur du muscle temporal est basculé dans la cavité. Suture sur deux plans.

Le côté gauche est opéré dans la même séance, suivant le même processus. La résection s'effectue sans difficulté et on bascule dans la cavité ainsi créée un faisceau de muscle temporal. Nous obtenons une ouverture buccale de 3 cm.

Nous pouvons dès les premiers jours faire un examen dentaire soigneux. Nous traitons les polycaries et nous confectionnons des prothèses pour remplacer les dents manquantes.

La mobilisation post-opératoire de la mandibule est pratiquée à l'aide d'un activateur de Ginestet. Six mois plus tard, lors d'un examen de contrôle, nous remarquons que l'ouverture buccale de la patiente a diminué de 1 cm environ. La malade nous avoue ne pas avoir la volonté d'effectuer les exercices de mobilisation. Nous décidons alors la réalisation d'un autre type d'activateur.

Celui-ci comprend deux parties :

Une gouttière en acryl pour chaque maxillaire. Cette gouttière est fixée à l'aide de ligatures métalliques inter - dentaires. Deux vis sont prévues de part et d'autre de chaque gouttière du côté vestibulaire.

tique, on récline les plans cutanés et la branche temporale du facial. Hémostase - ruginàtion et libération du coroné et du cal néo formé. Le bloc osseux est attaqué à la fraise et en haut, au niveau de l'arcade zygomato-malaire, en bas en dessous de l'os de néo formation. Les perforations profondes ainsi réalisées sont réunies à la fraise à fissures. La résection est achevée au burin frappé - exérèse du bloc osseux à la pince de Farabeuf, puis adoucissement des bords à la grosse fraise ronde.

I'ouverture buccale est alors de 3 cm au niveau du bloc incisif. Mise en place d'un bouchon de liège - mobilisation habituelle.

o

o o

Melle K. Aïcha 25 ans, d'Alger se présente dans notre service avec une constriction permanente des machoires trés ancienne (survenue en bas âge). L'étiologie est imprécise. Il n'existe pas de souvenir de traumatisme et c'est progressivement vers l'âge de 8 ans que la constriction permanente est apparue. Vogelgesischt trés prononcé - mauvais état général - sous alimentation. L'ouverture de la bouche est de quelques mm. La radiographie montre une ankylose temporo-maxillaire bilatérale qui soude par un bloc osseux volumineux, le condyle du maxillaire au condyle du temporal.

Intervention : Aprés intubation naso-trachéale on intervient sur le côté droit : incision préméatique qui remonte dans la fosse temporale. Rugination - exposition du bloc osseux de néoformation qui est attaqué à sa partie supérieure

articulations T.M.d'un cal volumineux, soudant le condyle du maxillaire à la cavité glénoïde.

L'importance du bloc osseux nous oblige à procéder à une résection portant sur les branches montantes.

Intervention : sous anesthésie générale, aprés trachéotomie. Incision sous angulo-maxillaire du côté droit. Rugination du masséter. La branche montante est ruginée trés haut. Résection osseuse cunéïforme. Interposition du muscle masséter. Dans la même séance nous pratiquons la résection du côté opposé. Nous obtenons une ouverture buccale de 3 cm.

L'opéré quitte le service 10 jours aprés l'intervention, contre avis médical.

o
o o

3/ Ahmed 24 ans originaire de Bordj Ménaiel

Ce malade âgé de 24 ans vient consulter pour une ankylose unilatérale consécutive à une blessure balistique de la région condylienne droite.

L'étude radiologique nous permet de noter que :

I/ l'articulation du côté droit est indemne. On aperçoit bien l'interligne articulaire.

11/ Qu'il existe un cal exubérant interessant le coroné et la corniche zygomatique.

111/ L'articulation T.M. gauche est normale.

L'ouverture buccale est de 5 mm. L'alimentation est semi liquide, l'état général est médiocre. La mobilité du condyle gauche est perceptible.

Intervention : Incision le long de l'arcade zygoma-

laire.

Le bloc osseux est trés important. Il est dégagé sur son bord postérieur et antérieur. Il occupe une grande partie de l'échancrure sigmoïde. Nous l'attaquons à la fraise ronde moyenne. Une série de perforations allant du bord antérieur à son bord postérieur est réalisée. La hauteur du bloc est de 2 cm, la profondeur de 1 cm 1/2 environ. Nous réunissons les points de perforation avec une fraise à fissure et achevons la section osseuse au burin frappé. Nous détruisons à la grosse fraise, la presque totalité de ce bloc osseux. Nous basculons dans cette cavité, un lambeau de muscle temporal. Le coroné est également réséqué. Nous obtenons une béance interincisive de 3 cm. Des bouchons de liège sont placés à droite et à gauche, entre les faces occlusales des dents. Quatre jours aprés l'intervention, le malade fait des exercices de mobilisation à l'aide d'une pince à linge.

Prise d'empreintes et réalisation d'un appareil de mobilisation à gouttières, à tiges extra buccales du type Ginestet.

o

o o

2/ Mohamed 32 ans originaire de Médéa

Le malade se présente dans le service avec une constriction permanente des machoires vieille de 15 ans, d'étiologie indéterminée. L'état général est extrêmement déficient, le malade est maigre, sous alimenté. Il présente une face d'oiseau.

La radiographie montre l'existence au niveau des

verture buccale est de 1/2 cm. L'évolution s'est faite sans douleurs.

A l'examen exobuccal, nous notons une a symétrie du visage avec latérodéviation droite et applatissement du maxillaire inférieur côté gauche. Les étages sont égaux. De profil, rétrognathie mandibulaire avec menton effacé donnant un profil d'oiseau, accentué par la position des lèvres en protrusion. Légère voussure de la région prétragienne droite.

L'articulation temporo-maxillaire gauche présente une mobilité à peu prés normale, pas de craquement. A droite, mobilité du condyle trés limitée.

On note la présence d'une légère tuméfaction dure, indolore, à contours peu nets, étalée dans la région angulo-maxillaire.

A l'examen endo-buccal, on note la présence de toutes les dents avec malposition au niveau du bloc incisif supérieur et inférieur : Chevauchement des incisives inférieures, en particulier, décalage de $\overline{1 \text{ et } 2}$/..Vestibuloversion incisive supérieure et inférieure, surtout accentuée à droite. Une gingivite au niveau du bloc incisivo-canin inférieur est à signaler.

Examens radiographiques complémentaires : Bloc osseux volumineux visible au niveau de l'A.T.M. droite. Le côté gauche est normal.

Intervention : Anesthésie et intubation naso-trachéale. Incision prémaxillaire qui remonte dans la fosse temporale. Hémostase, ruginations. Nous arrivons facilement sur ce bloc osseux et nous dégageons toute l'arcade zygomato-ma-

on ne décelait que quelques écchymoses sur le visage. Aucun médecin n'avait été consulté. Actuellement, la palpation provoque une douleur exquise au niveau de la région massétérine gauche. Le doigt dans le conduit auditif externe ne perçoit pas la mobilité condylienne, alors que du côté opposé le condyle est mobile. La sensibilité est conservée. Pas d'asymétrie faciale.

A l'examen endo-buccal on décèle une gingivite localisée au bloc insicif supérieur. Pas de mobilité ni de caries dentaires. La radiographie du côté gauche met en évidence un bloc osseux qui soude le condyle au temporal.

Intervention - Anesthésie générale, intubation naso-trachéale, incision prétragienne, rugination, hémostase. Le bloc de synostose est attaqué à la fraise et au burin frappé - résection du cal qui occupe toute la glène. Interposition d'un faisceau de muscle temporal dans la cavité ainsi créée. Mobilisation habituelle.

o
o o

Le jeune O.Mustapha, âgé de 16 ans, originaire de Bedjaïda consulte pour une limitation à l'ouverture de la bouche, s'aggravant progressivement et entraînant une gêne masticatoire de plus en plus grande.

A l'interrogatoire, le malade nous apprend qu'il y a 5 ans environ, il avait fait une chute sur le menton. Par la suite, le patient a noté, que progressivement son ouverture buccale diminuait, l'obligeant à mettre dans sa bouche des bouchées de plus en plus petites. Actuellement, l'ou-

sive de 4 cm. Un bouchon de liège est placé pour quelques jours entre les molaires. Prise d'empreinte et mobilisation précoce(4ejours) et continue à l'aide d'un appareil du type Ginestet.

o-o-o-o

9/ MUSTAPHA âgé de 12 ans, vient en consultation pour une constriction permanente des machoires. Cette affection est survenue il y a 7 ans, elle est consécutive à une chute d'un arbre. Ce malade a une ouverture buccale de 5 mm.

Les radiographies et les tomographies du côté gauche sont normales.

Les radiographies et les tomographies du côté droit montrent un cal volumineux soudant le condyle mandibulaire au temporal. L'état général est déficient. Ce malade qui a 12 ans semble en avoir 7 ou 8. Il est sous alimenté . L'alimentation liquide est la seule possible.

Intervention : Anesthésie générale et trachéotomie basse préopératoire - Incision juxtaméatique du côté droit - Hémostase - Rugination - Exposition du cal osseux qui est attaqué à la fraise et réséqué dans sa totalité.

Interposition d'un lambeau de muscle temporal - suture. L'ouverture de la bouche est obtenue, (3 cm d'amplitude) - mobilisation postopératoire habituelle.

o o o

10/ AMRANE âgé de 16 ans, est adressé à notre service pour une limitation à ouverture buccale à un travers de doigt.

Elle est survenue il y a 2 ans environ à la suite d'un traumatisme dans la région mentonnière. Aprés l'accident

L'examen endo-buccal n'apporte aucun renseignement utile. Les radiographies des A.T.M., ainsi que les tomographies ne montrent pas d'interligne articulaire.

Les tomographies à 0 cm, 1 cm, 1,5 cm décèlent la présence d'un bloc osseux intra-articulaire, d'une épaisseur de 2 cm environ.

Intervention sous anesthésie générale et aprés trachéotomie, nous abordons le côté droit par une incision préméatique ne dépassant pas en bas la partie inférieure du tragus. L'incision est inclinée vers la fosse temporale. Hémostase rigoureuse, ligature des vaisseaux temporaux superficiels, puis rugination de haut en bas et d'arrière en avant qui expose parfaitement le bloc osseux. Cette rugination est poursuivie le long de l'arcade zygomatique en haut et sur le bord de l'échancrure sigmoïde en bas.

Nous forons, à la fraise ronde, une série de cavités sur le bord supérieur et sur le bord inférieur du bloc osseux. Ces puits sont réunis à l'aide de la fraise à fissure. Quelques coups de burin achèvent la section du bloc osseux, qui est enlevé. Nous avons quelques difficultés à placer dans la cavité un lambeau postérieur du muscle temporal. Nous suturons sur deux plans.

Deuxième opération 15 jours aprés portant sur le côté gauche.

Anesthésie générale par la canule de trachéotomie placée antérieurement.

Nous employons la même technique et sans interposition de muscle temporal. Nous obtenons ainsi une béance inci-

est adoucit à la grosse fraise. Du côté droit nous employons la même technique,les lésions anatoniques étant identiques. forage à la longue fraise - réunion des puits à la fraise à fissure - section terminale au burin frappé - nous obtenons ainsi une béance incisive de 4 cm, bouchons le liège entre les molaires. Prise d'empreinte-mobilisation précoce.

ooooooo

B/ Abdelkader 17 ans, originaire des Ouadhia

Ce malade s'est présenté à la consultation pour une ankylose temporo-maxillaire. Cette ankylose a débuté il y a 2 ans aprés arthrites de plusieurs articulations, traitées à l'hopital de Tizi-Ouzou.

Il présente actuellement des douleurs localisées aux articulations tibio-tarsiennes droite et gauche, ainsi qu'à celle du coude gauche et à l'articulation scapulo-humérale droite.

Cette constriction permanente où l'on ne décèle pas de cause traumatique antérieure, ne peut être qu'une ankylose diathésique.

A l'examen clinique, le visage présente un profil d'oiseau. L'ouverture de la bouche est limitée à un 1/2 cm. Cette ouverture provoque une légère douleur de l'articulation temporo-maxillaire droite et une légère latéro-déviation du maxillaire inférieur vers le côté droit.

A la palpation on sent à l'ouverture et à la fermeture de la bouche une légère mobilité des articulations. On perçoit également une action frénatrice de l'articulation droite par rapport à l'articulation gauche.

Guiza 19 ans

Malade venu nous consulter pour une constriction permanente des machoires avec agénesie du maxillaire inférieur. Datant depuis 10 ans et secondaire à un traumatisme violent interessant la région mentonnière. Le blessé avait présenté 2 fractures comminutives des condyles.

La consolidation avait été mauvaise et progressivement la constriction permanente des maxillaires s'était installée. Outre le Vogelgesicht, le doigt ne perçoit plus la mobilité du condyle dans le conduit auditif externe - ouverture de la bouche 3 mm; état général trés mauvais, ce malade de 19 ans en parait 12.

La radiographie de l'articulation montre un bloc osseux considérable qui relie les extrémités du maxillaire inférieur, condyle et coroné, au temporal, il est curieux de constater à la radiographie que les deux images à droite et à gauche sont identiques.

Nous opérons sous anesthésie générale, une trachéotomie est réalisée par necessité. On aborde l'articulation temporo maxillaire gauche par une incision verticale qui remonte le long du tragus puis s'incline sur la fosse temporale. Rugination en profondeur qui expose le bloc osseux - la rugination s'effectue d'arrière en avant - l'échancrure sigmoïde est comblée par l'os de néoformation et le coroné est fixé à l'apophyse zygomatique. Nous procédons à une ostéotomie modelante en formant à la longue fraise des puits qui sont réunis par la fraise à fissure. Quelques coups de gouge permettent de sectionner le bloc osseux dont le trait de fracture

sive) était de 1/2 cm, l'état général n'était cependant pas mauvais. Le menton était dévié vers la droite. I'alimentation difficile. La radiographie pratiquée montrait un os de néoformation important qui soudait la branche montante au temporal alors que le condyle était projeté sous la corniche zygomatique à 3 cm environ du méat auditif externe.

Le malade est opéré sous anesthésie générale et avec intubation naso-trachéale.

Incision préméatique verticale s'arrêtant en bas à la limite inférieure du tragus, en haut légèrement inclinée vers la fosse temporale.

Rugination délimitant les bords antérieur et postérieur du bloc osseux. Le condyle est retrouvé dans l'échancrure sigmoïde prés du coroné. Il est enlevé.

Attaque du bloc osseux à la fraise par trous séparés à la limite supérieure de l'ancienne articulation. A 1cm plus bas, nous perforons également l'os par des trous séparés à la fraise - réunion en haut et en bas des perforations à la fraise à fissure. Nous achevons la section au burin et enlevons le bloc osseux à la pince de Farabeuf. La cavité ainsi formée est susceptible de recevoir un corps étranger : acryl, muscle, ou cartilage qui occupera la place de l'articulation préexistante. Nous optons pour une greffe cartilagineuse présentant les dimensions du bloc osseux enlevé.

Nous plaçons ce cartilage dans la cavité articulaire suture sur 2 plans. Mobilisation précoce.

Anesthésie générale avec intubation naso-trachéale. Incision classique devant le tragus qui remonte dans la fosse temporale. Aprés rugination et aprés avoir recliné le lambeau inférieur nous pouvons inspecter les lésions. Non seulement le condyle est soudé au temporal mais aussi le coroné est soudé à l'os malaire.

Ne possédant pas de tomographie, il ne nous a pas été possible de déterminer l'épaisseur de l'os et plutôt que d'intervenir d'une façon aveugle nous décidons de sectionner l'os au niveau de la branche montante; cette intervention est pratiquée quelques jours plus tard.

Incision sous angulo-maxillaire, rugination, désinsertion du masséter et ptérygoïdien interne.

Aprés section osseuse, nous arrivons ainsi sur le paquet vasculo nerveux que nous respectons - nous continuons la rugination au dessus du canal dentaire jusqu'au vestibule-nous interposons des faisceaux du masséter et du ptérygoïdien que nous suturons dans la résection osseuse - drainage, suture sur deux plans. La béance obtenue est de 3 cm - bouchon de liège entre les molaires pendant 5 jours. Empreintes, mobilisation à partir de cette date.

ooo(ooo

Akli 52 ans de Tasenfit

Ce malade de 52 ans était entré dans le service pour constriction permanente des machoires d'origine traumatique. Il s'agissait d'une fracture condylienne du côté droit dont le blessé avait été victime 3 ans auparavant.

L'ouverture de la bouche (dans la région inter-inci-

muscles masseter et ptérygoïdien interne enfouis dans la perte de substance osseuse.

Nous abordons maintenant le côté gauche - aprés une incision préméatique nous nous rendons compte que la masse osseuse est aussi volumineuse que celle du côté droit et en présente les mêmes caractères. Cependant le bloc osseux ne descend pas aussi bas sur la branche montante du maxillaire, ce qui nous permet de pratiquer une résection de la branche montante au dessus de l'épine de spix - respectant ainsi le paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur. Nous obtenons une béance inter-incisive de 4 cm. La bouche est maintenue béante à l'aide d'un bouchon de liège.

Prise d'empreinte le 4 ème jour et mobilisation active.

cooooooc

5/ Mostefa 33 ans de Sidi Bel Abbès,

Nous est adressé par l'hopital d'Oran, pour constriction permanente des machoires à la suite d'un traumatisme de la région mentonnière.

Il s'est produit une fracture du condyle et du coroné du côté gauche. Des interventions antérieures ont été pratiquées à Oran mais le blocage subsiste et une voussure prétragienne importante est perceptible - la radiographie de face et de profil centrée sur l'articulation nous montre un os de néoformation soudant la branche montante au condyle du temporal avec disparition de l'interligne articulaire. Une image floue du côté du coroné nous fait supposer qu'à cet endroit également il existe une soudure corono-malaire.

Intervention :

d'un traumatisme violent porté à la pointe du menton.

I'ouverture de la bouche est limitée à quelques millimètres.

La palpation des articulations T.M. nous permet de mettre en évidence l'immobilité totale des 2 condyles. Le doigt placé dans le conduit auditif externe ne les perçoit plus. Au point de vue morphologique il existe un "Vogelgesicht" dû au manque de développement du maxillaire inférieur.

Les radiographies centrées sur l'articulation T.M. droite et gauche sont difficile à interpréter. Elles montrent néanmoins la synostose mandibulo crânienne bilatérale.

L'alimentation est trés difficile - le blessé n'absorbe que des aliments liquides ou de consistance molle, son développement est celui d'un enfant de 10 ans.

Intervention : Anesthésie générale avec intubation naso-trachéale; en bas nous dénudons la branche temporale du facial pour éviter sa section accidentelle. Rugination, ligature du pédicule temporal. Le bloc osseux est mis à jour, il est considérable et descend fort bas le long de la branche montante du maxillaire inférieur.

Ne possédant pas de tomographie, il nous est impossible de prévoir la profondeur de cette masse osseuse et nous décidons de sectionner pour ces raisons, le maxillaire à son angle.

Incision sous angulo-maxillaire du côté droit qui contourne l'angle. On rugine sur la face externe du maxillaire les insertions masséterines, sur la face interne les insertions du ptérygoïdien interne et nous procédons à une résection cunéiforme de cet angle, puis à une suture des

absolument bloquées, un processus de néoformation volumineux et trés dur.

La radiographie montre une tache trés radio-opaque de forme rectangulaire qui occupe chacune des articulations. Nous pensons que lors des interventions précédentes un corps étranger a été interposé.

Intervention : Aprés intubation naso-trachéale, et abord de l'articulation temporo-maxillaire par une incision juxtaméatique. Hémostase - rugination - on tombe sur un bloc osseux volumineux que nous dégageons. Nous trouvons aprés attaque à la fraise de ce bloc osseux, une lame d'acryl blanc de 2 cm de long et de 1,5 cm de large ayant été recouverte en totalité par l'os nouvellement créé.

Nous enlevons la lame d'acryl et à la fraise nous modelons une nouvelle tête condylienne - dans la béance inter condylienne ainsi obtenue, nous basculons un faisceau postérieur du muscle temporal - suture sur 2 plans.

Du côté gauche même protocole opératoire - le bloc est plus important, il occupe toute l'échancrure sigmoïde où il est réséqué à la pince articulée et modelé à la fraise. On retire de la même manière la lame d'acryl.

Interposition musculaire et sutures.

Bouchons de liège inter-molaires pendant 4 jours

Mobilisation active ensuite.

oooo

Amar 15 ans

Ce jeune garçon de 15 ans se présente à notre service pour une constriction permanente des machoires à la suite

violent. L'enfant était tombée d'un arbre.

L'ouverture de la bouche est limitée à 5 mm. L'examen clinique montre que l'articulation temporo maxillaire est bloquée du côté droit. La radiographie en position temporo tympanique objective la synostose. L'état général est mauvais, l'alimentation liquide est la seule possible.

Intervention chirurgicale : anesthésie avec intubation naso-trachéale : incision préauriculaire et supra condylienne du côté droit - hémostase - rugination - exposition du bloc osseux - ce dernier est bien dégagé sur son bord supérieur et sur son bord antérieur. Il est attaqué à la fraise et au disque.

Exérèse du bloc osseux sur une hauteur de 2 cm, adoucissement de la cavité à la grosse fraise - lambeau temporal basculé dans la cavité formée. Suture.

Ouverture de la bouche normale

Mobilisation à la pince à linge et mobilisation active sont pratiquées.

+"-"+"+"

3/ Yahia 11 ans

Ce petit malade vient consulter pour une constriction permanente des machoires. Trois ans auparavant pour la même affection de cause inconnue - il avait été procédé à une intervention chirurgicale portant sur les deux articulations temporo maxillaire. La mobilisation a été négligée et c'est une ouverture buccale de 5 millimètres que présente la malade.

A la palpation on sent dans la région des A.T.M.

ral la malade est dans un état de sous alimentation. C'est une malade amaigrie, asthénique. Elle n'a ni la taille ni la musculation d'une jeune fille de son âge.

Examens radiologiques : Le téléthorax est normal.

Les tomographies de l'articulation temporo maxillaire droite montre un bloc osseux trés important qui soude la branche montante au condyle du temporal. Cet examen radiologique nous a permis de poser le diagnostic d'ankylose temporo maxillaire droite d'origine traumatique. L'articulation temporo maxillaire gauche est normale.

Intervention : Incision prétragienne arciforme qui remonte dans la fosse temporale - hémostase - rugination - attaqué du bloc osseux à la fraise au dessus du condyle - destruction de l'os de néoformation à la grosse fraise.

Ensuite nous procédons à l'interposition d'un lambeau de muscle temporal : le lambeau musculaire est suturé dans la cavité par un point au catgut. L'intervention est terminée par la suture des parties molles sur deux plans. L'ouverture buccale en fin d'intervention est de 3 cm.

La mobilisation habituelle est recommandée pendant 6 mois; l'opérée est revenue tous les mois pour contrôle.

Au bout de six mois l'ouverture de la bouche est toujours maintenue à la même amplitude.

o/o/o/o

2/ L.Houria 8 ans originaire d'Oran

Cette petite malade âgée de 8 ans nous est adressée par l'hopital d'Oran pour une constriction permanente des machoires qui dure depuis 4 ans à la suite d'un traumatisme

-CHAPITRE VII-

- OBSERVATION -

1/ Mademoiselle N.Bakhta âgée de 14 ans originaire de Sidi Bel Abbès nous a été adressée le 27/1/1967 par l'hopital de Sidi Bel Abbès avec le diagnostic d'ankylose temporo-maxillaire.

La malade avait fait une chute à l'âge de 4 ans. A la suite de cette chute la petite fille avait une ouverture buccale trés limitée. Des soins n'avaient pu lui être donnés du fait des circonstances de cette époque.

Durant les années qui suivirent la constriction des machoires s'installa d'une façon définitive, la patiente présente à ce jour un visage trés légèrement asymétrique avec le menton légèrement dévié à gauche. Seule une petite voussure de l'épaisseur de l'index est perceptible dans la région prétragienne gauche. Les téguments sont d'une coloration pâle. Aucune autre tuméfaction, ni coloration anormale, ni ulcération n'est à remarquer.

La palpation au niveau des conduits auditifs externe permet de sentir le condyle droit trés légèrement mobile au moment ou la patiente tente d'ouvrir la bouche. Par contre du côté gauche le condyle est immobile. Aucun craquement des deux côtés n'est à signaler. L'ouverture de la bouche est limitée à 5 mm, la fermeture buccale s'effectue mais avec les incisives et les canines en bout à bout. Par contre les molaires présentent un articulé correct. Les gencives, les muqueuses jugales et les sillons sont normaux. Du point de vue géné-

OM	ETIO-LOGIE	ANKYLO-SE APPA-RUE A : AGE	ANKYLO-SE OPE-REE A : AGE	TYPE D' ANKYLO-SE	DATE DE L'INTER-VENTION	RESULTATS
atah	Inf.	2 ans 1/2	4 ans	B	1968	
alika	T	12 ans	12 ans	B	1968	++
odelwahab	T	8 ans	16 ans	U	1969	++++ R.I
acéra	C		5 ans	U	1968	-
afia	I	4 ans	21 ans	B	1969	-
ehbia	T	8 ans	21 ans	U	1969	+++
alah	T	12 ans	19 ans	B	1967	-
aâda	T	13 ans	20 ans	B	1968	+++
abia	T	16 ans	17 ans	U	1970	+++ R.I.
alika	C		22 ans	U	1970	+ R.I.

T = Traumatisme
I = Indéterminée
Inf = Infectieuse
C = Congénitale
E = Enfance

U = Unilatérale
B = Bilatérale
R.I. = Recul insuffisant
+ = 1 cm
- = Récidive

/OBSERVATIONS/

- TABLEAU RECAPITULATIF -

OM	ETIO-LOGIE	ANKYLOSE APPARUE A : AGE	ANKYLOSE OPEREE A : AGE	TYPE D'ANKYLOSE	DATE DE L'INTERVENTION	RESULTATS
Bakhta	T	4 ans	14 ans	U	1967	+++
ia	I	8 ans	8 ans et 11 ans	B	1964 1967	– –
Mouria	T	E	8 ans	U	1967	+++
ar	T	E	15 ans	B	1967	+++
stefa	T	E	33 ans	U	1967	+++
li	T	49 ans	52 ans	U	1967	++
iza	T	9 ans	19 ans	B	1967	++++
delkader	Inf.	15 ans	17 ans	B	1967	++++
stapha	T	5 ans	12 ans	U	1967	+++
rane	T	14 ans	16 ans	U	1967	++
Mustapha	T	11 ans	16 ans	U	1967	+++
hamed	I	17 ans	32 ans	B	1967	
hed	T	24 ans	24 ans	U	1967	+++
cha	I	8 ans	25 ans	B	1967	+++
ekh	I	E	18 ans	B	1967	++
hed	T	13 ans	17 ans	U	1967	+++
delkader	I	11 ans	21 ans	B	1967	++
Fathma	T	E	40 ans	U	1967	+++
Fat.Zohra	I	E	9 ans	U	1967	++
Mohamed	T	41 ans	45 ans	U	1967	+++

verture buccale du point de vue clinique, nous permettent de prévoir la récidive. La réintervention est alors immédiate, nous la pratiquons quelques fois au dessous du 1er foyer. L'intervention de Tixier - Freidel est ici trés utile.

osseux de néoformation. Ils semblent même favoriser l'ostéogénèse.

La poudre d'os qui ne peut être enlevée en totalité de la cavité, joue elle aussi un rôle important dans les récidives. Le processus est alors comparable à celui observé dans la chirurgie auriculaire où les fraises, créant une fenêtre sur le labyrinte atteint d'osospongiose, libèrent de la poudre d'os qui, malgré les lavages et l'aspiration, fonctionne comme une véritable greffe osseuse.

Dans les interventions portant sur l'articulation stapédo-vestibulaire, la poudre d'os libérée, provoque une nouvelle soudure entre l'étrier et la fenêtre ovale. C'est aussi pour cette raison que l'agrandissement de la partie postérieure du conduit auditif qui permet de voir les fenêtres et la chaine ossiculaire, n'est jamais pratiquée à la fraise par les opérateurs avertis, mais à la gouge. Ils évitent les récidives dans l'opération de Rosen aprés mobilisation de l'étrier ou aprés son extirpation.

Ainsi, dans la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, l'emploi de la pince gouge articulée parait dans bon nombre de cas où elle peut mordre dans la synostose, préférable aux perforations en ligne à la fraise ronde. La cavité n'est pas ensemencée de poudre d'os et de copaux osseux, facteur de récidives.

Nos opérés sont examinés tous les 6 mois. L'examen radiologique comparatif, la diminution de l'amplitude à l'ou-

2°/ Récidives.

La récidive est une complication assez fréquente chez l'enfant. Elle est parfois observée chez l'adulte. Nous avons, comme bon nombre d'auteurs, placé successivement dans la cavité un lambeau de muscle temporal, du cartilage. Nous n'avons jamais eu de récidive dans les ankyloses unilatérales chez l'adulte et l'enfant âgé, que l'intervention ait d'ailleurs comporté ou non une interposition. Par contre , nous avons eu à réintervenir sur les jeunes enfants pour récidive aprés ostéotomie simple et chez certains adultes à la suite de récidives aprés interposition de résine, moulée dans la cavité glénoïde.

Nous avons remarqué que les meilleurs résultats étaient obtenus aprés l'intervention simple mais minutieuse, comportant uniquement la résection d'un fragment assez important (1,5 à 2 cm) du pont osseux.

Nous partageons totalement le point de vue de Cernéa Crépy, Roux et Timosca qui jugent toute interposition comme étant un élément gênant qui empêche les mouvements de la mandibule et qui de plus risque de favoriser l'ostéogénèse ou tout au moins de provoquer une réaction fibreuse périphérique pouvant s'ossifier secondairement. En effet les tissus mous interposés sont progressivement remplacés par un tissu conjonctif qui au lieu de contribuer à la formation de nouvelles surfaces de glissement, réunit au contraire les surfaces osseuses. Quant au matériaux alloplastiques acryliques ils sont généralement soit mal tolérés soit entourés par un tissu

A côté de ces problèmes d'hémostase , nous citerons également l'incident exceptionnel qui consiste en la mise à nu accidentelle des méninges. En effet, il est des cas où, sous la violence du traumatisme et du fait de l'ancienneté de l'ankylose, le remaniement articulaire et périarticulaire est tel que les rapports normaux de la région n'existent plus et qu'il est difficile de situer l'interligne articulaire. De ce fait, la ligne de résection supérieure peut être réalisée trop haut , entrainant la mise à nu des méninges. Obs. N° 23 , voire même une blessure de celle-ci.

Dans le premier cas, nous n'avons pas à craindre de sérieuses complications. Il suffit de protéger la méninge à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée mise au contact.

Dans le second cas, il est necessaire de recourir à un lambeau de fascia-lata dont la face cruentée sera appliquée largement sur la méninge lésée.

Complications postopératoires.

1°/ Suppuration de la plaie.

La couverture antibiotique, le respect des règles d'asepsie au cours de l'intervention et des pansements successifs, font que cette complication infectieuse est trés rare. Nous ne l'avons observée qu'une seule fois pour des raisons particulières. Obs. N° 26 .

Le traitement consiste dans ce cas, à faire un drainage si nécessaire, un antibiogramme, et à administrer les antibiotiques adéquats par voie générale et in-situ.

La guérison n'en est pas moins retardée, la cicatrice disgracieuse et la récidive plus probable.

C O M P L I C A T I O N S

Incidents peropératoires

- Ces incidents opératoires sont essentiellement représentés par la lésion éventuelle de l'artère maxillaire interne ou de l'une de ses branches collatérales.

L'ouverture accidentelle d'une branche de l'artère ne présente pas de caractère de gravité. Une mèche bien tassée en profondeur suffit en général à tarir le saignement. La lésion de l'artère maxillaire interne est par contre un incident grave, nécessitant un traitement d'urgence. Le chirurgien averti, conscient de ce danger parfois inévitable, aura toujours à porté de la main, le matériel nécessaire à la ligature de la carotide externe. La blessure de l'artère est, pratiquement toujours, occasionnée par la fraise boule qui, sous la forte pression qu'exerce le praticien en cours d'ostéotomie s'enfonce soudain en fin de perforation dans les tissus mous de la loge ptérygo-maxillaire. Il est donc important d'avoir des points d'appui et une visibilité corrects lors de cette phase délicate.

L'artère lésée, une hémorragie cataclysmique peut se produire. Aussitôt, un temponnement trés serré est effectué et l'on procède à la ligature de la carotide externe, en aval de l'artère linguale. Cette voie de dérivation que nous offre l'artère linguale permet d'éviter la dilatation du moignon de carotide externe sous une trop forte pression; Cette dilatation pouvant à son tour entrainer une compression de la carotide interne et gêner l'écoulement sanguin.

extractions, soins dentaires mais aussi prothèse, permettant de rétablir un coefficient masticatoire et de donner au patient un articulé normal. Chez le jeune enfant, un traitement orthodontique peut être entrepris pour corriger les malpositions dentaires et la proalvéolie.

Le traitement esthétique succède à certaines interventions. Il permet de corriger la rétrognathie inférieure. A ce titre, les prothèses intratissulaires en résine que nous avons tenté de pratiquer dans certains cas, n'ont pas été tolérées par l'organisme et ont provoqué d'abondantes suppurations.(Obs. N° 28) par contre, la greffe osseuse nous a donné de bons résultats. Le greffon prélevé sur la crête iliaque du malade, permet la reconstitution de l'éminence mentonnière. Le résultat cosmétique est parfait, malheureusement il n'est souvent que transitoire car la greffe osseuse se résorbe parfois au fil des années.

cal. La persistance de cette néo-articulation est basée sur la mobilisation précoce passive et active, de la machoire inférieure.

En cas d'ankylose bilatérale, certains auteurs opèrent les deux côtés dans la même séance, d'autres préfèrent intervenir en deux temps espacés de 2 à 3 semaines. Nous avons pour notre part expérimenté les deux méthodes et nous avons remarqué que l'articulé dentaire était meilleur aprés intervention en deux temps. Les récidives sont également moins fréquentes.

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE

- Le malade est mis sous couverture antibiotique (antibiotiques usuels) en association avec un anti-inflammatoire. Nous administrons également durant 3 ou 4 jours des hémostatiques par voie parentérale. Le patient est étroitement surveillé, la moindre collection sanguine est aspirée par le drain de Redon. Deux jours aprés l'intervention nous changeons le pansement. Au 4ème jour nous retirons le drain et nous entreprenons la rééducation. A cet effet, de nombreux appareils mobilisateurs plus ou moins complexes ont été conçus. Nous avons, en vue de cette rééducation, fabriqué des appareils de mobilisation prothétique, un peu analogues aux appareils de Ginestet (obs. N°14). Cette rééducation active et passive commencée au 4ème jour, est l'adjuvant indispensable au succès opératoire. Elle dépend pour une large part de la bonne volonté du malade.

Le traitement buccal est immédiatement entrepris,

vasculaires sont ici plus grands. Pour éviter cet incident, nous éloignons, à l'aide d'un décolleur mousse et courbe placé sur le bord postérieur du col du condyle, la branche montante devenue mobilisable, du paquet vasculaire. Les lignes de résection supérieure et inférieure encadrent une surface osseuse de 1cm5 à 2 cm.

6ème temps.

Le bloc osseux est enlevé à la pince gouge. On adoucit à la grosse fraise ronde les bords de notre tranche de section, toujours sous jet de sérum et aspiration. Cette résection est complétée si nécessaire par celle de l'apophyse coronoïde, souvent hypertrophiée lorsque l'ankylose est ancienne. La toilette de la cavité terminée, nous laissons en place pour trois ou quatre jours un drain de Redon afin d'éviter la formation de tout hématôme, source de récidives. Nous suturons sur deux plans, l'un profond au catgut 00, le second à la soie 000.

Nous avons décrit ici l'opération telle que nous la pratiquons en cas d'ankylose normale non récidivée chez l'adulte.

Chez l'enfant, la première intervention est toujours modelante du type Dufourmentel, sachant fort bien que la récidive peut se produire. Cette récidive est encore plus certaine lorsque l'ankylose est bilatérale. La section osseuse effectuée par des perforations peu espacées réunies par la fraise à fissure, dessine grosso-modo une ligne courbe. Nous avons l'impression que cette section de faible hauteur lèse beaucoup moins le cartilage qui assure l'accroissement verti-

à l'aide de la rugine courbe, nous exposons le bloc osseux de néoformation. Ceci nous permet de voir ses limites antérieure, postérieure, supérieure et inférieure. Nous étudions les rapports de la branche montante avec la base du crâne et nous choisissons les lignes de perforations supérieure et inférieure. Dans certains cas, la branche tempero-faciale du nerf facial croise intimement la face externe du bloc osseux à réséquer. Dans ce cas, il faut récliner délicatement le nerf vers le bas afin de ne pas le léser.

4ème temps. Perforation.

A l'aide du tour électrique et d'une fraise ronde on pratique sous jet de sérum et aspiration, une série de perforations (5 à 6) le long de la ligne fictive supérieure qui ne doit pas dépasser en hauteur, la linéa temporalis.

Le volume du bloc osseux ayant été précisé par les tomographies, nous progressons trés prudemment à partir d'une certaine profondeur. Les perforations doivent traverser toute l'épaisseur du bloc osseux en évitant bien sûr de léser les éléments vasculaires (artère et veine maxillaire interne).

Ces perforations sont réunies à la fraise à fissure.

Dans certains cas, la pince gouge fine peut remplacer avantageusement la fraise à fissure.

Nous réalisons de la même manière la ligne inférieure. Les rapports que présentent l'artère et la veine maxillaire interne avec la face interne du col condylien sont particulièrement étroits. De ce fait, les risques de lésion

Le malade en position couché aura la tête tourné du côté sain. La tête est fixée au plan de la table par un ruban de sparadrap. Le chirurgien se place du côté à opérer; le premier aide vers la tête, le deuxième aide se place du côté opposé et fait face au chirurgien.

Le champ opératoire a été préalablement préparé; les cheveux du côté atteint ont été rasés sur une large partie. On désinfecte la région intéressée au Mercryl puis à l'alcool. Des champs stériles enveloppent la tête et recouvrent le corps en totalité, ne laissant à nu que la zone d' intervention. Une mèche stérile est placée dans le conduit auditif externe.

Intervention : 1er temps. Incision.

Nous abordons directement l'articulation par une incision courbe antétragienne, évitant en bas, le tronc du nerf facial, elle remonte assez haut dans la fosse temporale.

- 2ème temps. Dissection.

On éffondre les différents plans, tout en pratiquant au fur et à mesure de notre progression, une hémostase rigoureuse. Les veines et artères superficielles sont soit liées soit électrocoagulées, le nerf auriculo-temporal est porté en arrière et soigneusement préservé. La section de ce nerf qui, renferme à côté de ses fibres sensorielles, des fibres appartenant au système végétatif, vaso-motrices et sudoripares, ainsi que des fibres secrétoires destinées à la parotide, est facheuse pour le patient chez qui on peut alors observer un syndrome de Lucie Frey.

3ème temps : La rugination.

Nous nettons en place l'écarteur autostatique, puis

1 Pince porte aiguille
1 Pince à disséquer à griffes
Pinces à champs
Pince Kocher
Pinces hémostatique
Ecarteurs de Farabeuf
1 Aiguille de Reverdin
Champs stériles
Mèche de gaze
Compresses
Cupule de Sérum physiologique
Catgut. 00
Soie. 000

PLATEAU POUR LIGATURE DE CAROTIDE EXTERNE

Bistouri
Pinces hémostatiques
Pince à disséquer à griffes
Ecarteur de Farabeuf
Ciseau mousse
Décolleur
Dissecteur
Passe fil droit et gauche
Pince porte aiguille
Fil de lin n° 3
Catgut 00
Soie 000

T e c h n i q u e - O p é r a t o i r e

L'intervention portant sur l'articulation temporo-mandibulaire est une opération délicate nécessitant une grosse expérience et une habileté particulière. Elle doit être menée avec méthode et doit être exécutée avec minutie. Pour cela, le Chirurgien doit opérer dans les meilleurs conditions possibles.

L'éclairage à l'aide d'un scialytique est insuffisant. Il doit être supléé par celui du miroir de Clar qui, seul permet de bien voir en profondeur.

la condition bien sûr, que les tentatives infructueuses de l'anesthésiste n'aient pas provoqué d'hémorragie laryngée.

Chez l'adulte, nous utilisons une anesthésie à base de Penthotal.

Chez l'enfant et l'adolescent, nous préférons le fluothane qui a l'avantage d'être beaucoup moins toxique, d'autant plus que la résistance physique de ces petits malades est nettement diminuée.

L'ankylose mandibulo-temporale est une maladie de longue durée. Commançant dès l'enfance, elle nécessite souvent de multiples interventions (Obs N° 25) et par conséquent de nombreuses anesthésies qui aggravent la susceptibilité du sujet. Il faut donc savoir pousser l'anesthésie au moment des temps douloureux, la relacher quand l'opération permet une anesthésie moins profonde; l'opéré reçoit ainsi le minimum d'anesthésique et le chirurgien travaille en toute quiétude.

I N S T R U M E N T A T I O N

Table du Chirurgien	Table de l'Aide
2 Bistouris	Tour électrique
1 Rugine courbe	Pièce à main
1 Rugine droite	Fraise ronde à fissure
1 Ecarteur autostatique	Canule d'aspiration
Ciseaux	Electrocoagulation
1 Décolleur	Pinces hémostatiques
1 Pince gouge, fine.	Canule de trachéotomie
Ciseau burin	Drain de Redon
Ciseau-gouge	Compresses
Marteau	Seringue

la branche horizontale par une monture métallique en duralium.(Fig. nº 5)

N O T R E M E T H O D E

Dans notre service, nous pratiquons toujours l'opération sous anesthésie générale. Nous sommes partisan de l'intervention haute portant sur le bloc de synostose mandibulo-temporal, car nous sommes persuadés qu'elle permet plus que tout autre, une ouverture buccale convenable avec un minimum de troubles de l'articulé dentaire. Elle est certes plus choquante, plus difficile du fait de la complexité anatomique de cette région, plus propice aux récidives, mais elle est aussi la plus physiologique et la moins déformante. Cependant, il est des cas exceptionnels où cette technique n'est plus possible du fait, soit de l'importance du cal osseux, soit du remaniement de la région par suite d'une précédente intervention. Nous sommes alors contraints d'intervenir plus bas, sur la branche montante ou l'angle de la mandibule.

A N E S T H E S I E

L'anesthésie générale déjà difficile en chirurgie Stomatologique et Maxillo-Faciale, l'est davantage en cas d'ankylose mandibulo-temporale. En effet, l'intubation naso-trachéale qu'elle necessite est rendue laborieuse du fait de l'atrésie de la trachée, observée assez fréquemment chez ces malades et du fait de l'impossibilité de curariser le patient avant l'intubation. Cette intubation à"l'aveugle" est parfois impossible malgré la dextérité du spécialiste. Nous sommes, dans ces cas, forcés de pratiquer une trachéotomie basse, à

section du bloc osseux doit être pratiquée. I'ostéctomie modelante type Dufourmentel est insuffisante pour permettre une mobilisation satisfaisante de la machoire inférieure. Cette résection sera le plus large possible de 10 - 15 - 20 mm; elle doit être proportionnelle à la largeur de la branche montante et à l'épaisseur du col. Elle devra atteindre en bas la zone normale saine de la branche montante, c'est-à-dire un peu au dessus de l'épine de spix, niveau correspondant d'ailleurs à peu prés au centre de rotation des mouvements d'abaissement de la machoire inférieure. De ce fait, il n'y aura pas au cours des mouvements post-opératoires, de contact ou de frottement entre les deux surfaces de section et il y aura moins de chance de récidive".

Le problème des récidives a bien entendu préoccupé bon nombre de chercheurs et suivant l'imagination de chacun, des moyens divers, visant à stoper ou tout au moins à gêner l'ostéogénèse, ont été utilisés.

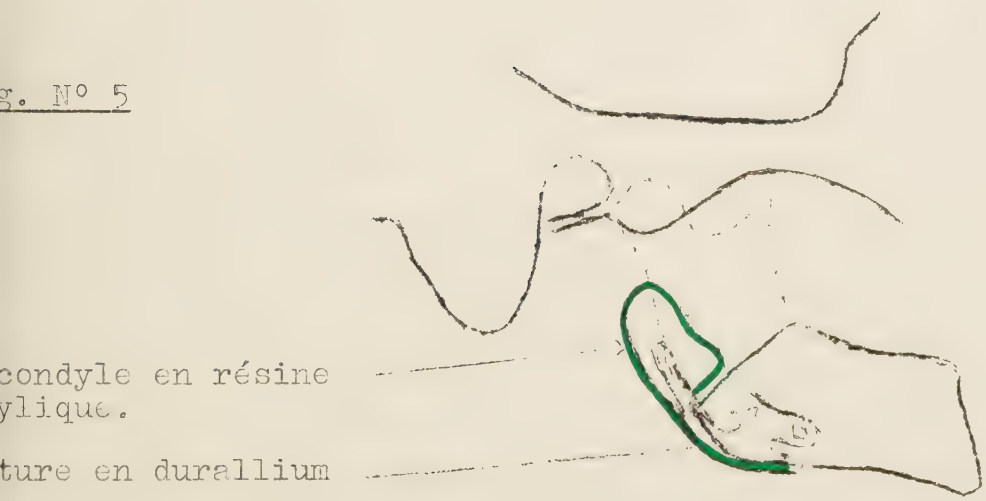
C'est ainsi que certains chirurgiens ont interposé du tissu adipeux, musculaire, aponévrotique, du fascia-lata, de la peau, du cartilage. D'autres ont préconisé l'interposition de matériaux alloplastiques (vitallium, tantale, zirconium) et acryliques. D'autres enfin ont essayé de cautériser les surfaces osseuses avec de l'acide azotique fumant, ou à l'aide de la diathermocoagulation.

Cernéa pratique, au bout de la 3ème ou 4ème récidive, une résection trés importante du bloc et de la branche montante. Il remplace une partie de ce bloc osseux par une prothèse en acryl représentant un néocondyle, qu'il fixe sur

r. N° 4

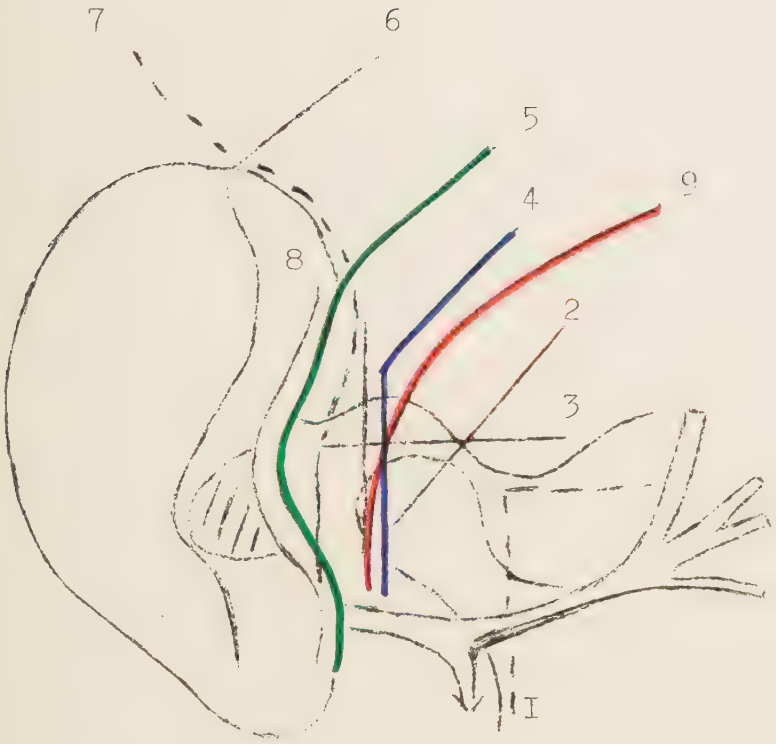
Principales interventions - type d'ostéotomie ou de résection.

g. N° 5



Prothèse de remplacement de la branche montante.

Fig. N° 3



1°/ OLLIER

2°/ DUFOURMENTEL

3°/ DUFOURMENTEL

4°/ GINESTET

5°/ DINGMANN

6°/ AXHAUSEN

7°/ KELIKIAN

8°/ AUBRY et PALFER

9°/ Incision que nous pratiquons.

Différents types d'incisions permettant l'abord de l'articulation temporo-mandibulaire.

sous zygomatique.

Incision de Dingmann : Préauriculaire et rétrotragienne, passant à la limite de l'insertion antérieure du pavillon de l'oreille et au ras du versant postérieur du tragus, s'arrêtant à l'implantation du lobule et comportant en haut un débridement temporal oblique plus ou moins long. C'est là l'incision de choix, la cicatrice qui en résulte est pratiquement invisible.

Incision de Aubry et Palfer : Ils sectionnent la partie antérieure du conduit auditif cartilagineux.

Incision sous-angulo maxillaire : Elle contourne l'angle de la machoire, elle ménage les digitations du nerf facial et permet d'avoir un jour assez large sur la branche montante et sur la région condylienne.

Cette voie d'abord qui est une voie d'abord de sécurité est avantageuse lorsque la branche montante est relativement courte et lorsque la section doit porter sur la branche montante.

Les interventions sont de 2 types : Fig. N° 4

Celles partant sur le bloc osseux de néoformation, type Dufourmentel - Tixier - Freidel - Cernéa - Crépy - Palfer Sollier - Aubry - Ginestet - Rainsford - Nowlen - Young et celles qui, pratiquées à distance, intéressent la branche montante telle l'intervention de Rochet; ou l'angle mandibulaire telle l'intervention de Desgoutte et Levrat.

Esmarch et Rizzoli interviennent encore plus bas sur la branche horizontale juste en avant de l'angle.

Cernéa, Crépy et Roux " pensent que seule la ré-

L'abstention ou plus exactement l'ajournement de l'intervention aura pour conséquence :

- L'aggravation des déformations

- L'apparition de modification psychique avec certaines répercussions sur l'encadrement dans une vie sociale normale, enfin et surtout, le risque "d'exitus" par complication infectieuse.

Tous ces facteurs commandent à une intervention précoce, combien même les risques de récidives soient certains.

Le petit malade hospitalisé, on rétablit son équilibre bio-chimique et ensuite l'ankylose est opérée.

Les troubles déjà cités s'amendent rapidement, une ankylose supprimée pendant seulement 1 an transforme le malade.

Si une récidive se produit, ce qui est fréquent à cet âge, l'intervention bien que rendue plus difficile, pourra être effectuée dans de bonnes conditions.

Quel est le choix de l'intervention ? - Une fois l'ankylose reconnue cliniquement et radiographiquement, le seul traitement possible relève de la chirurgie et consiste en la suppression de l'obstacle osseux.

Pour ce faire, plusieurs voies d'abord ont été décrites, plusieurs types d'interventions ont été proposés.

Voies d'Abord : Nous décrirons les incisions les plus fréquemment utilisées. (fig. N° 3).

Incision de Ginestet : Verticale, prétragienne sur 2 cm, avec un débridement oblique supérieur de 1 cm au plus.

Inconvénient : Cicatrice visible dans la portion

adulte pour ne point supprimer trop tôt le cartilage condylien, facteur de croissance verticale de la mandibule - Ils pensent que la persistance de l'ankylose T.M. n'entraine pas forcément des troubles importants de la croissance. Nous avons vu que, selon Cernéa, Chateau et Beljean cette croissance se faisait quand même malgré l'ankylose.

Un autre argument en faveur de l'intervention tardive est la fréquence des récidives.

En effet, les récidives post-opératoires sont d'autant plus fréquentes que le sujet est plus jeune.

A l'opposé, nous avons les partisans de l'intervention précoce (AUBRY - G.GINESTET - PALFER---SOLLIER) qui prônent l'influence heureuse sur les troubles de l'état général et sur ceux de la croissance.

Un faisceau de considérations particulières nous oblige, dans notre pays à opter bien souvent pour cette deuxième tendance.

Nous avons vu en effet, que l'ankylose temporo mandibulaire chez l'enfant algérien, entrainait de graves modifications morphologiques; des troubles nutritionels sérieux par absence de mastication; une prédisposition certaine à toute infection, qu'elle soit d'ordre local (infection dentaire, parodontale - Amygdalienne) ou d'ordre général (troubles pulmonaires ou digestifs).

L'enfant algérien amené en consultation pour une ankylose temporo mandibulaire, présente toujours un mauvais état général.

La sous alimentation forcée est-telle, qu'un enfant de 14 ans en parait 7 ou 8. L'intervention urgente pose le pronostic vital.

- Eggers, Goodsell (Tantale)

- Veno, Miura et Kohno utilisent le zirconium

- G.Maurel, Val-Popescu, Terracol et Houpert Trauner préconisent l'utilisation de l'Acryl.

- Cernéa, Crépy traitent les récidives en intervenant un peu plus bas sur la branche montante - le bloc osseux de néoformation étant enlevé, on le remplace par un appareil en vitallium vissé au niveau de l'angle. La branche montante étant constituée en vitallium recouverte d'acryl blanc. Ce choix, différent d'un auteur à l'autre quant au siège de l'ostéotomie ou de la résection, du tissu ou du matériau à interposer, prouve bien si besoin était, que le problème thérapeutique est loin d'être résolu. Nous avons grosso-modo 2 tendances : la 1ère réunit les auteurs qui, à l'image de Dufourmentel, préconisent l'intervention haute, portant sur le bloc osseux de néoformation.

La seconde plaide en faveur de l'intervention basse, réséquant la branche montante et parfois l'angle de la mandibule.

A ces problèmes d'interposition, de siège d'ostéotomie, ou de résection plus ou moins large, viennent se greffer ceux non moins épineux des déformations, de l'âge auquel il faut intervenir et enfin de la rééducation post-opératoire, complément indispensable au succès thérapeutique.

A quel âge faut-il intervenir ?

Ce point demeure en discussion et deux groupes d'auteurs défendent des points de vue totalement opposés.

- Les auteurs partisans d'une intervention tardive; qui préfèrent attendre la fin de la croissance et même l'âge

- Levrat fait une résection cunéiforme sur l'angle.

-Tixier - Friedel résèquent la partie haute de la branche montante au dessous du bloc osseux.

- Dufourmentel intervient sur le bloc osseux et reconstitue un interligne articulaire.

- Aubry et Palfer-Sollier placent aprés résection des implants en résine entre l'os temporal et ce qui reste de la branche montante, ceci pour éviter les récidives.

- Krause - Bellinger interposent un faisceau de muscle masséter.

- Helferich, Blair, Dingmann, Truffert interposent du muscle temporal.

- Kazanjian et Converse, Fuller et Gartner, Oprisiu et Cosma interposent du tissu adipeux.

- Blair, Murphy interposent de l'aponévrose temporale.

- Kazanjian et Converse préfèrent le Fascia-Lata.

- Glück, Géorgiade utilisent la peau comme élément d'interposition.

- Longacre, Gilby, Hopper, Trauner, Antoni, Ginestet ont utilisé du cartilage auto-Homo ou Hétérogène.

- Medvedev, Stipalova, Gorski, Fokina et A.Limberg utilisent comme matériau d'interposition, un lambeau tubulaire de Filatov.

- A.N. Filatov et Andréanova ont utilisé une masse bioplastique.

- 1956 Velicanova cautérise les surfaces osseuses avec de l'acide azotique fumant pour freiner l'ostéogénèse.

- Alkalaev et Petroua appliquent la diathermo-Coagulation.

- 1964 Messina, Foged, Skaloud ont préconisé l'interposition de matériaux alloplastiques métalliques(Vitallium).

-CHAPITRE VI-

TRAITEMENT

ET

CONDITIONS D'OPERABILITE

Historique

- Connue depuis la haute antiquité, l'ankylose temporo-mandibulaire pose encore de nos jours, le problème important de la conduite thérapeutique et celui non moins important des récidives.

- Esculape préconisait l'avulsion des dents pour permettre l'alimentation.

- Esmarch est le 1er à intervenir chirurgicalement en 1851 sur l'A.T.M. pour enlever l'obstacle qui détermine l'ankylose.

- En 1854 Humphry de Cambridge intervient sur le condyle pour une ankylose d'origine rhumatismale.

Depuis, de nombreux chirurgiens sont intervenus, suivant des méthodes et des techniques particulières, utilisant des voies d'abord et des incisions diverses, des sièges différents pour les ostéotomies ou les resections, suivies ou non d'interpositions variées.

C'est ainsi que :

- Verneuil complète la resection basse par une interposition musculaire.

- Ollier pratique une ostéotomie simple

- Rochet une resection de la partie moyenne de la branche montante.

-:- 3ème [illegible] -:-

mique que l'on observe au cours de la mastication, de la phonation, etc... elle est nulle. Ceci entraine irrémédiablement certaines modifications morphologiques, et peut être une légère (atrophie) de la mandibule.

- Les troubles dentaires sont de règle . Les germes dentaires bien qu'enfouis dans une micromandibule, vont se développer normalement. Mais ces dents feront leur éruption suivant une direction anarchique.

La biproalvéolie avec vestibulo-version incisive est pratiquement toujours rencontrée. Ces perturbations dentaires sont dûes :

1°/ D'abord au manque de place qui entraine un bouleversement systématique.

2°/ A l'action musculaire qui manque et qui, selon la théorie de Cauhépé, oriente la direction de croissance des procès alvéolaires et des dents. La forme de chaque arcade dentaire traduisant l'état de la musculature du sujet examiné.

3°/ A la macroglossie relative qui est la cause de la dysmorphose antéro-postérieure.

se trouve réalisée chez l'homme dans le syndrome de Franceschetti, où les déformations de la mandibule sont tout autres. Col et condyle, n'existant pas, la hauteur de la branche montante est diminuée, l'angle goniaque plus haut situé; mais il n'y a ni rétrognathie ni latérodéviation mandibulaire. Le développement antéropostérieur de la mandibule, commandé par la direction de croissance de la branche montante, serait sous la dépendance des muscles propulseurs. (Généralement indemnes dans le syndrome de Franceschetti) tandis-que le condyle n'assurerait que le développement vertical (absent dans ce syndrome mais existant dans l'ankylose).

La mandibule est plus mince, les branches montantes sont plus courtes, l'angle mandibulaire plus ouvert forme une saillie caractéristique.

- Ces troubles sont secondaires à une perturbation de la croissance mandibulaire par lésion et même destruction et stérilisation du centre condylien d'ossification enchondrale. Des lésions identiques ont d'ailleurs été réalisées expérimentalement chez le singe par des auteurs américains (SARNAT et ENGEL).

- L'action musculaire a, au cours de la croissance, une influence considérable sur la morphogénèse. Les tractions musculaires stimulent et orientent l'ostéogénèse dans leur zone d'insertion et leur application modèle des pièces osseuses sur lesquelles elles s'appuient. Or, en cas d'ankylose T.M. les muscles sont scléreux et minces l'action du tonus musculaire est infime. Quant à l'action musculaire dyna-

- L'aspect du bloc osseux n'est pas toujours uniforme. En effet, on peut avoir une destruction complète des surfaces et des éléments articulaires. Tous les éléments constitutifs de l'articulation ont alors disparu.

C'est ce qui se passe en général pour les ankyloses infectieuses.

On peut observer aussi au centre du bloc osseux un semblant d'interligne articulaire.

- Le plus souvent, l'ankylose est unilatérale et survient chez l'enfant. Dans ce cas et dans la mesure ou l'ankylose est de siège articulaire, les lésions péri-articulaires seront importantes. Il est classiquement signalé une atrophie de la mandibule. A notre sens, il n'y a pas lieu de parler ici d'atrophie, car nous n'observons pas une diminution de volume de cet organe mais, un manque ou un arrêt de développement de celui-ci. De ce fait, la mandibule est petite. Ce manque de développement est localisé à l'hémimaxillaire atteint. Il intéresse toute la mandibule en cas d'ankylose bilatérale. Il est d'autant plus marqué que l'ankylose est ancienne et qu'elle affecte un sujet plus jeune.

Ainsi, l'ankylose T.._. articulaire dite congénitale sera la plus déformante.

Notons que pour M. Chateau et R.Beljean, la branche montante de la mandibule dans l'ankylose est de hauteur normale, mais elle est oblique en bas et en arrière et non en bas et en avant. De ce fait, la branche horizontale est rétrognathe, d'où latérodéviation mandibulaire du côté atteint. En effet, font-ils remarquer, l'absence de condyle

-CHAPITRE V-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions observées dans l'ankylose T.M. sont, du point de vue anatomo-pathologique, constituées par un pont osseux, plus ou moins volumineux, réunissant la mandibule au temporal.

- Ce bloc osseux arrive parfois à combler l'échancrure sigmoïde et à englober le coroné. On a alors l'impression que la branche montante se continue en entier avec la base du crâne.

- L'épaisseur de ce pont osseux peut être encore plus considérable, atteignant 3 à 4 cm, occupant toute l'articulation et allant, jusqu'à l'épine du sphénoïde en dedans, la mastoïde en arrière.

- Ces cas extrêmes mais somme toute assez fréquents sont délicats à traiter, car il est dangereux et difficile de pratiquer la résection du bloc dans une région profonde et peu accessible. Parfois, ce bloc osseux se développe à la façon d'un ostéome dans la fosse ptérygo-maxillaire.

- Le coroné est généralement hypertrophié. Ce développement anormal de l'apophyse coronoïde commande à sa resection car elle peut être à elle seule la cause d'une gêne et d'une limitation des mouvements de la mandibule.

sagittal et frontal; nous pourrons ainsi délimiter exactement notre bloc osseux de néoformation.

Le bilan radiographique doit être complet et intéresser les deux articulations T.M., car bien souvent, il existe des lésions d'arthroses du côté supposé sain qu'il faudra traiter pour ne pas compromettre le résultat définitif.

horizontalement située. Le rayon central pénètre à 7 cm au dessus du conduit auditif externe du côté opposé et sort par le C.A.E. du côté à radiographier.

d) - Maxillaire défilé ou projection rétroangulo mandibulaire opposée.

II/- Incidence de face :

a)- Incidence face basse ou sous occipito-frontale.

b)- Incidence transorbitaire de Zimmer.

Le malade est en décubitus dorsal. La cassette est placée sous l'occiput et la nuque décentrée du côté à radiographier. Le rayon central pénètre par l'angle supéro-interne de l'orbite homolatérale du condyle à radiographier; passe par le milieu de l'interligne supposé de l'articulation temporo-maxillaire.

c)- Incidence transinusienne de Dupuis et Buchet

d)- Incidence de Bonneau pour les deux condyles simultanément.

III/- Incidences verticales :

Incidence Vertex - menton plaque de Hirtz ou Chaumet donne une belle projection du condyle dans son développement complet.

IV/ - Tomographie : C'est là l'examen primordial du point de vue radiologique - nous avons ainsi de véritables coupes anatomiques, et il est possible ainsi que l'avaient exposé Lefèbre et Cernéa, de faire des mensurations millimétriques précises.

Ces tomographies seront pratiquées dans le sens

CHAPITRE IV

- RADIOLOGIE -

L'examen radiographique est capital. Il est indispensable de pratiquer avant toute intervention une exploration radiologique dans le sens sagittal et frontal car, seuls les clichés radiographiques pris dans deux sens de l'espace permettent d'avoir une idée assez précise de l'importance et du siège des lésions.

L'étude radiologique de l'articulation T.M. a été l'objet de nombreux travaux; elle est rendue délicate par la situation anatomique de l'A.T.M.

De nombreuses techniques ont été proposées, il est sans nul doute utile de les rappeler.

I/ - Incidences de profil :

a) - Incidence de Parma ou Plésiographie.

Film au contact de la région condylienne à radiographier. Le rayon central pénètre au niveau du condyle opposé. Facilement réalisable avec les appareils dentaires, cette incidence donne une excellente vue de profil de l'articulation explorée.

b) - Incidence de Lacronique-Prodes.

Elle n'est qu'une variante de l'incidence précédente; le rayon central passe ici à travers l'échancrure sigmoïde; d'où le nom de Transigmoïdienne opposée.

c) - Incidence transtemporale opposée.

Cette incidence dérive de l'incidence fondamentale de Schüller. Le malade est en décubitus, tête en profil strict, le côté à radiographier étant placé sur la cassette

hypertrophie du condyle atteint.

L'ouverture buccale est impossible.

Diagnostic :

- Le diagnostic d'une ankylose temporo-mandibulaire ne pose en général pas de problème. La confusion avec le trismus ou les autres variétés de constrictions permanentes est rare. L'examen clinique bien conduit permet d'éliminer les causes de trismus ou l'existence de lésions à distance; ces lésions pouvant être musculaires, cutanées ou muqueuses.

- La luxation postérieure de la mandibule est également facile à reconnaitre.

- La radiographie reste l'examen complémentaire indispensable à la confirmation du diagnostic.

- L'examen endobuccal confirme la rétrognathie mandibulaire. Il permet en outre de mettre à jour l'existence de polycaries, de malpositions dentaires. Les répercussions sur l'état général sont considérables. La fonction respiratoire est perturbée.

- La mastication étant rendue impossible, l'alimentation sera insuffisante et généralement non équilibrée.

- L'enfant algérien, plus que tout autre aura à lutter contre la sous alimentation. Appartenant généralement à une famille nombreuse, aux moyens limités : il ne bénéficiera ni d'un régime alimentaire adéquat, ni d'une attention particulière de ses parents qui ne voient d'ailleurs pas en lui, un infirme.

De ce fait, l'enfant examiné est généralement chétif, au passé pathologique particulièrement riche, surtout sur le plan respiratoire et digestif.

Ankylose bilatérale :

- A cause du défaut de développement mandibulaire, la face est aplatie transversalement. L'étage inférieur est diminué, le profil a l'aspect classique d'oiseau ou de Musaraigne. "Vogelgesicht des auteurs allemands" - La rétrognathie inférieure est trés marquée. Le reste de la symptômatologie est superposable à celle déjà étudiée.

Ankylose T.M. chez l'adulte :

- Le tableau clinique est beaucoup moins riche. Il n'y a pas de déformation du visage, pas de malpositions dentaires. La palpation permet cependant de noter souvent, une

-CHAPITRE III-

- ETUDE CLINIQUE -

Du point de vue clinique, il convient d'envisager séparément l'ankylose T.M. chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant elle se caractérisera par l'importance des déformations morphologiques, par perturbation de la croissance mandibulaire.

Par contre, chez l'adulte l'ankylose T.M. gardera comme symptôme unique l'impossibilité de l'ouverture buccale. L'ankylose réalise un aspect particulier suivant qu'il s'agit d'une lésion uni ou bilatérale.

Ankylose unilatérale chez l'enfant

A l'inspection nous constatons d'emblée que le menton est dévié du côté ankylosé avec aplatissement de la joue du côté sain. La rétrognathie inférieure est importante; le symptôme majeur est évidemment l'immobilité du maxillaire inférieur. Cette immobilité n'est cependant pas absolue, car une ankylose autorise des petits mouvements de quelques millimètres.

- La palpation de l'articulation atteinte montre fréquemment une augmentation de volume au niveau du condyle - elle permet également de se rendre compte de la brièveté de la branche montante.

- L'angle de la mandibule est de ce fait plus haut situé. La branche horizontale présente assez fréquemment une encoche préangulaire concave en bas.

-:- 2ème [illegible] -:-

s'agir aussi d'un simple ostéome traumatique ou d'une myosite ossifiante progressive; c'est l'exceptionnelle maladie de MUNCH-MEYER".

Rappelons enfin les atrophies nerveuses signalées depuis longtemps par Mme Dejerine et sur lesquelles BETOULIERES vient d'insister de nouveau. Cette origine nerveuse permettrait peut-être d'expliquer la fréquence des récidives chez l'enfant. On peut également observer une ankylose T.M. par fusion de l'apophyse coronoïde fracturée, avec l'arcade zygomato malaire (Obs. N° 20) ou avec la tubérosité maxillaire, ou avec l'apophyse ptérygoïde.

Causes infectieuses

- A/ Infection par contiguité à partir :

Soit d'une lésion dentaire; le plus souvent une dent de sagesse inférieure.

Soit d'une lésion auriculaire qui passant au stade d'arthrite T.M., aboutit à une ankylose de cette articulation.

- B/ Les arthrites : Particulièrement l'arthrite gonococcique.

Pathogénie

- L'ankylose T.M. se produit lorsque, comme le précise Dechaume, toutes les conditions nécessaires à la formation d'un cal sont réunies.

des atteintes infectieuses articulaires a été favorablement modifié.

Notre étude nous permet de constater également, que l'ankylose T.M. est plus fréquente chez le jeune. (24 enfants de moins de 15 ans dont 17 de moins de 10 ans, pour 30 Obs .

Notons enfin que le garçon est davantage prédisposé que la fille, et ce, dans la proportion de 1 pour 3

.

Causes traumatiques: Il s'agit le plus souvent d' une complication chez l'enfant de fractures condyliennes et sous-condyliennes non traitées ou mal traitées, ou bien encore diagnostiquées rétrospectivement. Ces fractures sont observées à la suite d'accidents de circulation, de chute sur la face ou le menton, de rixe, de manoeuvres obstétricales (bien que l'étude expérimentale de BAUX sur les foetus à terme tende à prouver qu'il est extrêmement difficile d'obtenir une fracture par prises de Forceps ou par la manoeuvre de Moriceau).

- Ces fractures de la région condylienne ne sont pas les seules à envisager et comme le soulignent Cernéa et Roux :

"Ne faut-il pas voir un envahissement ou une calcification péri-articulaire comme on peut en observer au niveau de certaines articulations mobiles des membres, épaule ou coude. L'origine de ces calcifications est d'ailleurs variable, soit vasculaire soit métabolique dans certaines maladies avec troubles du métabolisme du Ca, soit d'origine traumatique, comme dans la maladie de Pellegrini - Stieda, il peut

Diphtérique = 4%

Tuberculeuse = 3%

Grippale ou Puerpérale = 1%

Ginestet en 1955 pour 31 cas opérés indique :

7 ankyloses secondaires à une arthrite

7 " " à un traumatisme

17 " d'étiologie indéterminée

Topazian (Inde) en 1964 observe pour 228 cas :

31% de cause traumatique

49% " " infectieuse

19% d'origine indéterminée

G.Timosca en 1969 et pour 19 cas (Roumanie), fait la répartition suivante :

6 cas d'ankylose par suite d'un traumatisme

3 " " d'une infection

10 " de cause non déterminée

Pour notre part et pour 30 cas la répartition est la suivante :

19 cas d'ankylose de cause traumatique

2 " " infectieuse

9 " indéterminée parmi lesquels nous avons rangé 2 ankyloses dites congénitales.

L'examen de ces chiffres nous permet de constater que, pour la majorité des auteurs, l'étiologie traumatique est la plus fréquente. Quant aux causes infectieuses, leur pourcentage est variable suivant le pays où est réalisée l'étude. Nul doute que l'infection soit encore une cause relativement fréquente d'ankylose T.M., mais il est tout de même évident, qu'avec l'ère des antibiotiques, le pronostic

-CHAPITRE II-

-DEFINITION - ETIOLOGIE -

TRAITEMENT -

DEFINITION

On entend par le terme d'ankylose temporo-mandibulaire, la variété osseuse des constrictions permanentes des machoires. C'est une maladie considérée actuellement comme une maladie acquise, qui se caractérise cliniquement par l'impossibilité définitive de mobiliser volontairement ou passivement la machoire inférieure du fait d'une synostose mandibulo-crânienne.

=:=:=:=:=

ETIOLOGIE

Les circonstances étiologiques sont essentiellement de deux ordres: Nous avons d'une part les causes traumatiques, d'autre part les causes infectieuses.

De nombreuses études statistiques ont été faites à ce sujet depuis la publication de Dufourmentel en 1941. Selon cet auteur la répartition étiologique est la suivante:

Traumatisme = 27%

Complications d'infections dentaires = 13%

Lésions d'origine auriculaire = 11%

Arthrite gonococcique = 9%

Scarlatineuse = 8%

Typhique = 8%

Morbilleuse = 5%

est justifiée, car elle montre bien que l'A.T.M. d'une part et l'arcade dentaire de l'autre, sont deux éléments indissociables.

Selon Held et Chaput, la denture peut être considérée comme étant physiologiquement équilibrée lorsqu'elle remplit au moins les deux conditions suivantes :

-Maximum de points et de surfaces de contact dans toutes les positions d'occlusion.

-Possibilité de déplacement, sans obstacle, en toute direction de l'arcade dentaire inférieure maintenue en contact avec son antagoniste supérieur; la limitation de ces déplacements étant déterminée par la morphologie des articulations et des ligaments mandibulaires .

Les mouvements articulaires sont sous la dépendance des tractions musculaires (muscles masticateurs) que contrôle le système nerveux par l'intermédiaire des filets sensitivo-moteurs du trijumeau.

dyles, on voit qu'ils ont la forme d'une ellipse dont les deux grands axes sont légèrement obliques en dehors et en avant. Les deux mouvements, rotation et translation sont possibles grace à la disposition anatomique particulière, bicondylienne avec interposition d'un ménisque qui, nous l'avons vu subdivise l'A.T.M. en deux articulations secondaires.

-L'articulation ménisco-mandibulaire permet la rotation.

-L'articulation temporo-méniscale permet la translation.

Dans le mouvement d'ouverture limité à 2 ou 2,5 cm qui est en quelque sorte le premier temps de l'ouverture, le mouvement du condyle est essentiellement un mouvement de rotation. Le condyle mandibulaire tourne sur lui même, sans déplacement méniscal. C'est le mouvement de "HINGE AXIS" des auteurs anglo-saxons. Au delà de ce mouvement limite, l'ouverture de la bouche oblige le condyle à un déplacement par translation. Le condyle mandibulaire accompagné du ménisque se déplace en bas et en avant. Ce mouvement de translation est à la base de tous les autres mouvements que peut effectuer la mandibule, à savoir :

-Mouvement de propulsion et de rétropulsion dans le plan horizontal antéro-postérieur.

-Mouvement de diduction dans le plan horizontal transversal.

La denture, par son rôle d'appui donne un caractère particulier à la physiologie des A.T.M. et l'appellation "d'articulation temporo-maxillo-dentaire" créée par FREY

Rapports de l'A.T.M.

L'A.T.M. présente des rapports plus ou moins étroits avec certains élérents anatomiques importants. C'est ainsi que nous trouvons :

En dedans et en arrière d'elle :

-L'artère et la veine maxillaire interne

-Le nerf auriculo-temporal

-Le prolongement supérieur de la glande parotide.

En dehors :

-L'artère et la veine temporale superficielle

-Le nerf auriculo-temporal

-La branche temporo-faciale du nerf facial.

PHYSIOLOGIE

L'A.T.M. est une articulation complexe, originale à double titre.

D'abord parceque les A.T.M. droite et gauche sont complètement solidaires et puis, parcequ'elles permettent des mouvements de rotation et de translation.

Comme l'a fait remarquer Dufourmentel, la solidarité des articulations droite et gauche fait que, les axes autour desquels s'effectuent les mouvements d'abaissement ne sont pas parallèles. Si en effet ils l'étaient, c'est que le levier de chacune d'elles serait également parallèle à son homologue. La forme même de la machoire, dont les deux bras latéraux se rapprochent l'un de l'autre au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'articulation, commande une certaine obliquité des deux axes, car si l'on considère les deux con-

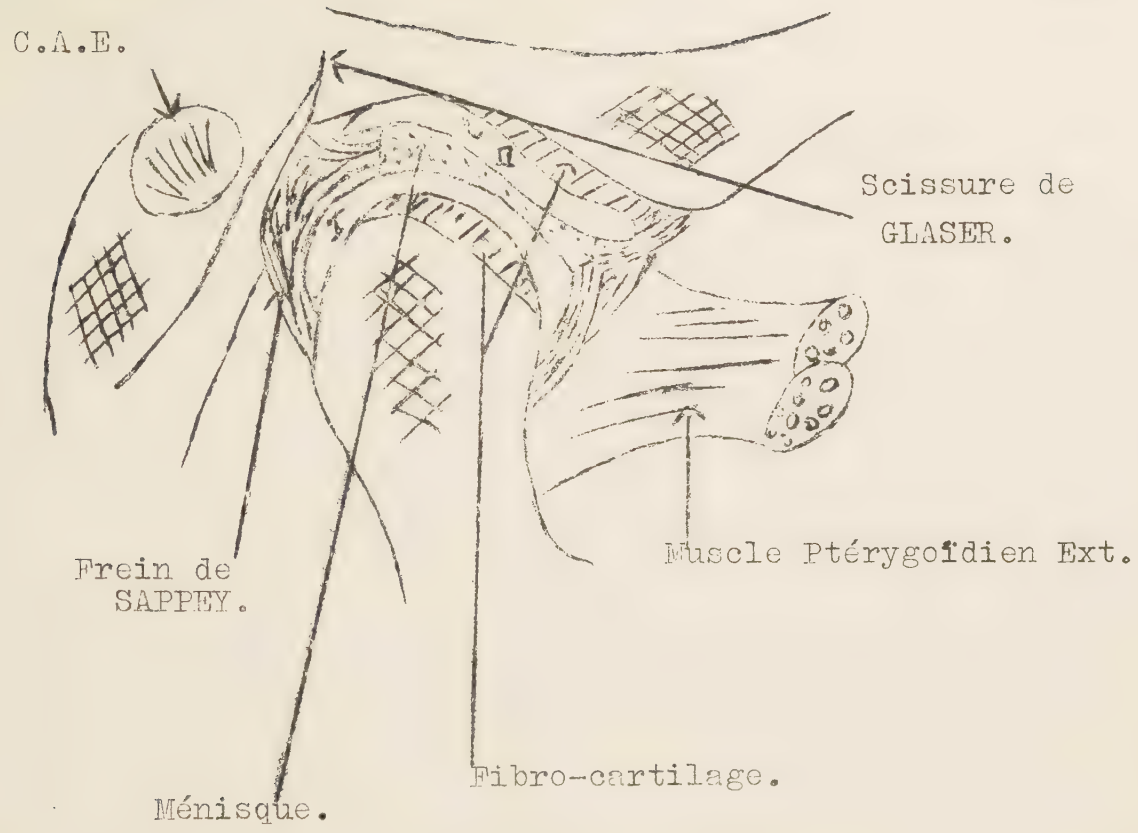


Fig. N° I Articulation Temporo-mandibulaire.
I: Cavité ménisco-mandibulaire.
II: Cavité ménisco-temporale.

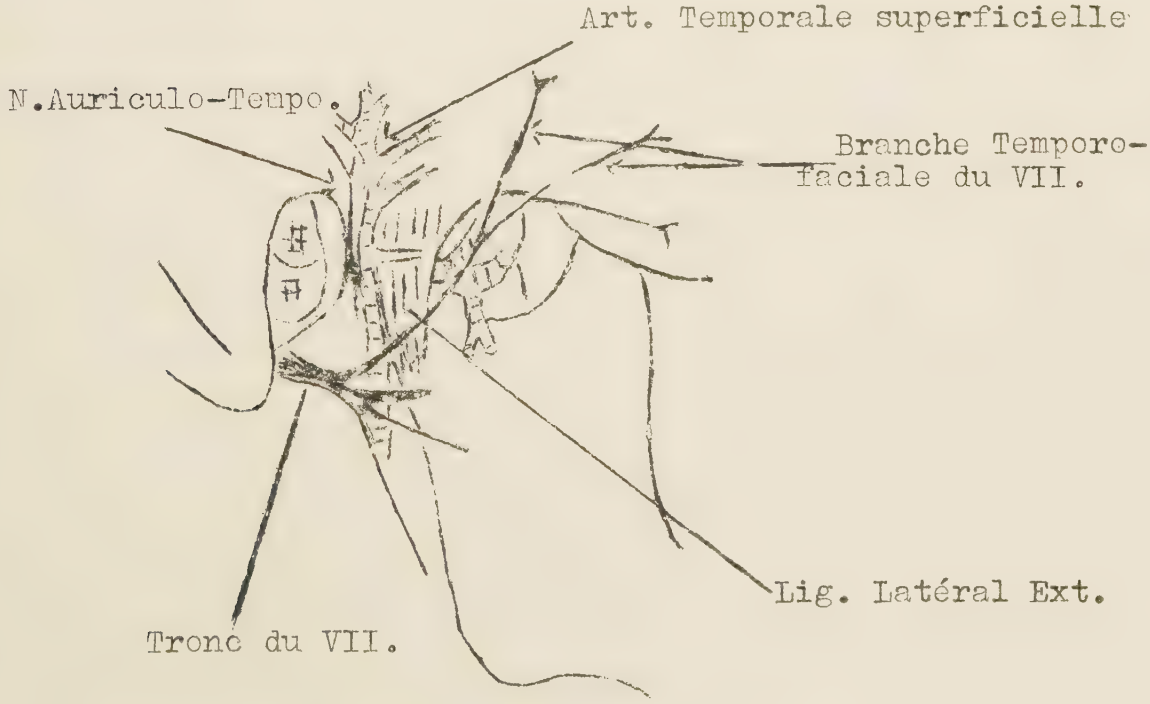


Fig.N°2 Région condylienne Rapports Ext.

avasculaire.

Ménisque : formation fibro cartilagineuse, en forme de lentille biconcave. Le ménisque, rétablit la concordance entre les surfaces articulaires qui sont l'une et l'autre convexes.

-Le ménisque est formé de fibres collagènes denses, il est mince et non vascularisé dans sa partie centrale, plus épais à la périphérie.

-La capsule mince et assez lâche, s'insère au pourtour des surfaces articulaires temporales et mandibulaires mais aussi tout autour du ménisque sur son bord périphérique. A la partie postérieure de la capsule on observe un épaississement fibro-élastique tendu entre la scissure de GLASER et le bord postérieur du ménisque, c'est le frein méniscal postérieur ou ligament de SAPPEY.

Cette capsule articulaire est renforcée par deux ligaments latéraux principaux, l'un externe l'autre interne - Des ligaments accessoires à distance supléent cet ensemble; ce sont le ligament sphéno-maxillaire, le ligament styloma-xillaire et ptérygo-maxillaire.

-Synoviale. Le ménisque inter-articulaire, uni par son bord périphérique à la capsule articulaire, divise l'A. T.M. en deux articulations secondaires :

L'une temporo-méniscale,

L'autre ménisco-maxillaire.

Il existe pour chacune de ces articulations une synoviale qui tapisse intérieurement la partie correspondante de la capsule articulaire.

au même rythme de la naissance à l'âge adulte; nous avons des périodes particulièrement actives entre 5-6 ans, 11-12 ans et 16-17 ans.

Ces différentes notions sont intéressantes à connaitre, car elles nous permettent de comprendre ce que l'on a improprement appelé "l'atrophie mandibulaire" par atteinte partielle ou destruction de centres ostéogéniques. Elles nous expliquent par ailleurs l'importance plus grande des déformations lorsque la lésion survient chez le tout jeune enfant. Elles nous laissent enfin soupçonner la fréquence des récidives aprés traitement chirurgical des ankyloses chez le jeune et plus encore en période active de croissance.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'A.T.M.

ANATOMIE :

Les A.T.M. sont des diarthroses bicondyliennes, unissant la mandibule à la bâse du crâne. Chaque A.T.M. met en rapport le condyle mandibulaire et le condyle temporal par l'intermédiaire d'une formation fibro cartilagineuse : le ménisque.

L'union est réalisée par une capsule et des ligaments.

Surfaces articulaires

I/ Versant antéro-supérieur du condyle mandibulaire

II/ Versant postéro-inférieur du condyle temporal et partie préglasérienne de la cavité glénoïde du temporal.

Ces surfaces articulaires sont recouvertes d'un tissu fibreux

de la vie intrautérine. L'ossification condylienne se fait à la suite de la prolifération du cartilage qui se localise à la tête condylienne. Ce cartilage d'apparition secondaire (aprés la mandibule), représente la principale zone de développement des branches montantes. Il garderait son action jusque vers la fin de la 21ème année. Ce cartilage fonctionne comme un cartilage de conjugaison, dont il se distingue par le fait, qu'il n'est en rapport avec l'os que par une des faces (WEINMANN-HARRYSICHER-CAUHEPE). L'apposition d'os d'origine périosté, sur l'échancrure sigmoïde et le coroné, paraît influencée par l'activité de ce cartilage. Les deux centres condyliens droit et gauche, ont donc une importance particulière dans le développement harmonieux du maxillaire inférieur. La destruction complète ou localisée de ces centres, chez l'enfant, peut en effet déterminer un arrêt plus ou moins complet de la croissance mandibulaire, avec comme conséquence logique, une micromandibulie et une latérognathie plus ou moins accusées.

Une étude sur l'amplitude de la croissance faciale faite séparément par Chateau et Izard, nous montre, que les dimensions transversales et sagittales d'une face de 5 ans, représentent plus de 80% de celle d'un adulte; que la croissance verticale est la plus longue et la plus importante aprés 5 ans et qu'elle est plus marquée en arrière. Les téléradiographies ont permis de confirmer ces notions, par la possibilité de mesures en vrai grandeur du squelette en cours de croissance. Notons enfin, que la croissance ne se fait pas

action des muscles temporaux et ptérygoïdiens. Les branches montantes sont inclinées à environ 150° alors que chez l'adulte, cette inclinaison est d'environ 135°. Les muscles masséters et ptérygoïdiens internes sont déjà puissants. Le tubercule articulaire temporal est saillant, le ménisque est formé. Vers l'âge de six ans, avec l'éruption de la denture permanente et sous l'effet de la croissance générale, ces caractères s'accentuent. La racine transverse de l'apophyse zygomatique devient plus saillante, de même que le tubercule antérieur et le tubercule zygomatique postérieur. La cavité glénoïde devient plus profonde. La fonction complète et achève le modelage préexistant. Sous l'influence de la traction capsulaire, résultant des mouvements de la mandibule, les tubercules zygomatiques antérieurs et postérieurs se développent, les échancrures intertuberculaires se modifient. La tête et le col du condyle fléchissent ou se redressent, en corrélation avec le genre de frottement ou de rotation de l'articulation.

Toutes ces actions et réactions dépendent du jeu musculaire et de la statique particulière de l'appareil masticateur.

Croissance de la mandibule.

Le maxillaire inférieur issu du 1er arc branchial est un os mixte. L'ossification condylienne est enchondrale, alors que le reste de la mandibule est un os de membrane qui se développe au niveau du cartilage de Meckel.

L'un des premiers centres d'ossification siège au niveau du condyle. Il entre en activité au quarantième jour

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT DE LA MANDIBULE ET DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE.

-:-:-:-:-:-

Afin de mieux comprendre la pathologie de l'A.T.M, il est nécessaire de faire au préalable, un rappel concernant l'anatomie, la physiologie et la croissance de cette articulation.

Selon Ackermann, l'A.T.M. chez le nouveau né ne ressemble guère à celle qu'elle sera à l'âge adulte. Son modelage n'est pas fini. La surface articulaire n'est alors qu'une légère dépression occupant la racine du zygoma. Le condyle mandibulaire n'est pas achevé; c'est à ce stade une simple masse ovoïde que supporte un col relativement large et court. L'A.T.M. est située plus en avant que chez l'adulte. A deux ans et demi, la denture de lait fait son apparition, l'articulé dentaire va avoir une influence considérable sur les A.T.M. La première conséquence sera l'augmentation de la dimension verticale et en particulier de l'étage inférieur. A cette période une distoclusion acquise, rétroglisse les condyles mandibulaires, bouleverse le développement osseux normal mandibulo-maxillaire et influence tout le trophisme régional. A cet âge, les cols des condyles sont puissants, de même que l'insertion sur leur face antérieure des muscles ptérygoïdiens externes. Coroné et apophyse ptérygoïde sont bien dessinés, ce qui fait supposer une forte

-:- 1ère [illegible] -:-

Au cours de la deuxième partie, nous réunirons en trois chapîtres le maximum de données cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques.

La troisième partie comprendra deux chapîtres; l'un sera réservé au traitement et aux complications qui en découlent. Nous en discuterons chaque point particulier et nous décrirons notre technique opératoire.

Nous rapporterons dans l'autre chapître trente observations personnelles.

Pour terminer, nous tirerons nos conclusions et nous donnerons les références bibliographiques.

Cette chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire, vieille de plus d'un siècle, n'a fait que de bien modestes progrés De nos jours encore, les questions qu'elle n'a cessé de poser, entre autres, celle de l'âge auquel il faut intervenir et des moyens mis en oeuvre pour éviter les récidives , gardent la même acuité.

Il faut cependant souligner avec SEBILEAU que l'articulation temporo-mandibulaire par ses caractères anatomiques et la solidarité de ses fonctions avec celles des articulations dentaires, possède en morphologie et en physiologie, un caractère d'individualité trés marqué. Pour ces mêmes raisons, elle se caractérise d'une manière aussi nette au point de vue clinique et chirurgical.

C'est cet ensemble de particularités de l'ankylose temporo-mandibulaire en milieu algérien, que nous aimerions mettre en relief dans notre travail ; c'est enfin ces problèmes thérapeutiques complexes que nous souhaitons discuter et à l'étude desquels nous désirons apporter notre trés modeste contribution.

Nous subdiviserons notre travail en trois parties. Dans la premiére partie nous consacrerons un chapître à l'étude sommaire de la croissance et du développement de la mandibule ainsi que de l'articulation temporo-mandibulaire. Au sein du même chapître, nous rappellerons succintement les caractéristiques anatomo-physiologiques de cette articulation. Un deuxième chapître nous permettra de définir la maladie et d'en faire l'exposé étiopathogénique.

depuis l'ère des antibiotiques et du fait de l'effort entrepris dans notre pays en matière de santé publique.

L'ankylose temporo-mandibulaire en milieu algérien est encore plus particulière par son retentissement sur l'état général du sujet atteint. En effet, compte tenu du niveau social mais aussi de l'ignorance des parents, l'enfant infirme présentera inéluctablement et s'il n'est emporté par des complications infectieuses, un retard staturo-pondéral trés marqué par dénutrition malnutrition, un terrain déficient, mettant le malade à la merçi de toute agression microbienne.

L'ankylose temporo-mandibulaire que nous aurons à examiner, sera donc le plus souvent une ankylose post-traumatique survenant chez un enfant, le "N" ième d'une famille nombreuse. Le malade viendra consulter des mois voire même des années aprés la constitution de l'ankylose.

Le praticien sera mis ainsi face à un double problème. Celui de l'ankylose proprement dite bien sûr, mais aussi, celui du mauvais état général du petit malade, conséquence directe de l'infirmité, aggravé indirectement par le niveau social relativement bas.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, c'est justement cette répercussion sur l'état général qui nous incitera bien souvent en Algérie à poser l'indication d'un traitement chirurgical précoce.

Ce traitement chirurgical pose à lui seul et comme le fait remarquer Palfer-Sollier, un grand nombre de problèmes non résolus malgré l'importance et la diversité des travaux publiés.

INTRODUCTION

L'ankylose temporo-mandibulaire est relativement fréquente en Algérie. A l'instar des fractures du massif maxillo-facial, le nombre des constrictions permanentes d'origine osseuse ne fait qu'augmenter au fil des années.

Deux facteurs, l'un socio-économique, l'autre démographique, concourent à cet accroissement.

C'est ainsi que l'augmentation de la motorisation a beaucoup accru la fréquence des traumatismes cranio-faciaux et par la même, des ankyloses temporo-mandibulaires par complication des fractures de la région condylienne. De même, les conditions économiques de notre pays, le niveau de vie assez bas de nos populations, l'insuffisance à travers le territoire de personnel médical qualifié et de centres hospitaliers spécialisés, font qu'une forte proportion d'ankyloses reste l'apanage de fractures condyliennes non traitées ou mal traitées.

A côté de cela, nous avons également le facteur démographique qui joue ici un rôle non négligeable. En effet, plus de 65% de la population algérienne est représentée par des jeunes de moins de 20 ans ; or, nul n'ignore que l'ankylose temporo-mandibulaire est une séquelle observée le plus souvent chez l'enfant.

Cette étiologie traumatique bien que la plus fréquente, n'est cependant pas la seule rencontrée. C'est ainsi que nous avons eu à examiner certains malades présentant une ankylose d'origine infectieuse. Cette dernière source d'ankylose semble par contre se faire moins importante

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

A TOUS MES CONFRERES DE L'INSTITUT

A TOUS CEUX QUI ONT OEUVRE A LA REALISATION DE CETTE THESE

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR BOUCHOUCHI

AU DOCTEUR BENNOUNICHE

A MADAME CHICHCOVA

AU DOCTEUR FOUREL

A MONSIEUR MIMOUN

A MONSIEUR SEILAL

Tout au long de mes études ils ne m'ont ménagé ni leur soutien ni leurs encouragements.
Qu'ils trouvent ici une marque de ma reconnaissance.

JE DEDIE CETTE THESE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

TOUT PARTICULIEREMENT

A MONSIEUR HAFIZ M.

Nous avons été marqué par ses grandes qualités morales et son expérience clinique.
Il a amélioré nos connaissances.
Qu'il trouve ici la marque de notre affectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIDAL

Sa grande expérience clinique, son esprit de synthèse et l'élégance de son diagnostic sont pour nous une source de respect et d'admiration. Que ce modeste travail soit l'expression de notre vive reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR SIAU

Son enseignement magistral que nous conservons précieusement a décidé de notre orientation.

Nous ne saurions trop lui exprimer notre sincère gratitude et notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POISTEVIN

Qui nous a accueilli dans son
service avec une grande sollicitude.

A MADAME LE DOCTEUR POISTEVIN

Dont nous avons toujours apprécié
la grande gentillesse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OUCHAREF ASSESSEUR DU DOYEN

DIRECTEUR DE L'INSTITUT D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Il a guidé nos premiers pas en chirurgie dentaire et forgé notre avenir.
Son dévouement sans limites, ses conseils éclairés, sa sollicitude toute paternelle nous ont été d'un grand secours.
Nous le remercions de tout coeur pour tout ce que nous lui devons. Nous lui témoignons ici notre sincère et profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MANTOURI :

Il nous fait le grand honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons, au début de nos études, eu l'occasion d'apprécier son enseignement magistral.

Depuis, il s'est interessé avec équité et compréhension à notre devenir.

Qu'il trouve ici l'expression de nos plus vifs remerciements et l'assurance de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE KEBBOUCHE :

Qui a bien voulu accepter de juger cette thèse.

Nous avons toujours apprécié son accueil bienveillant et sa grande gentillesse.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GOUIRIC :

Nous lui devons la réalisation de cette thèse. Au cours de son élaboration, il nous a guidé pas à pas, ne ménageant ni son temps, ni ses encouragements.
Nous avons eu le privilège d'être son interne, nous avons pu ainsi apprécier la clarté et la rigueur de son enseignement. Son érudition et son dévouement ont suscité notre admiration.
Nous avons été trés sensible aux sentiments bienveillants et à l'intérêt qu'il nous a de tout temps manifesté.
Que ce travail soit le gage de notre reconnaissance et de notre fidèle attachement.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur AOUCHICHE

Professeur de clinique Ophtalmologique et

d'Ophtalmologie Intertropicale

Doyen de la Faculté

En hommage à la confiance qu'il nous a témoigné en acceptant de présider cette thèse.

Nous le remercions trés sincèrement pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

Il nous est agréable de lui exprimer ici trés respectueusement notre gratitude.

JE DEDIE CETTE THESE

A la mémoire de mon père Ali, qui demeure pour moi un exemple de bonté, de sagesse et de volonté.

A ma femme Fatiha auprés de qui j'ai trouvé l'aide la plus précieuse. Sa compréhension et sa volonté m'ont soutenu tout au long de mes études.
Je lui dédie ce travail comme à l'être le plus cher.

A ma mère, qui a consenti pour moi les plus grands sacrifices. Qu'elle trouve ici le témoignage de ma profonde affection.

A mon beau-père et ma belle-mère qui ont toujours manifesté à mon égard les meilleurs sentiments.

A mes frères, soeurs, beaux-frères et belles-soeurs
avec mes sentiments affectueux

A mes neveux et nièces.

A mes amis Monsieur et Madame MACHANE ainsi qu'à leur fils Skander
Avec toute ma sympathie.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ANKYLOSE TEMPORO-MANDIBULAIRE

(A PROPOS DE 30 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE Mars 1970

PAR

DEFOUS Achour

Né le 6 Mars 1939 à Birmandreis (Alger)

CHIRURGIEN DENTISTE

Ancien Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

M. M. AOUCHICHE	PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE ET D'OPHTALMOLOGIE INTERTROPICALE, DOYEN DE LA FACULTÉ	Président
M. R. GOUIRIC,	Maître de Conférence Agrégé. (Stomatologie)	Juges
M. L. KEBBOUCHE	Maître de Conférence Agrégé.(Hygiène Hydrologie)	
M. B. MENTOURI	Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie Générale).	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°74

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ANKYLOSE TEMPORO-MANDIBULAIRE

(A PROPOS DE 30 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE Mars 1970

PAR

DEFOUS Achour

Né le 6 Mars 1939 à Birmandreis (Alger)

CHIRURGIEN DENTISTE

Ancien Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

M. M. AOUCHICHE	PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE ET D'OPHTALMOLOGIE INTERTROPICALE, DOYEN DE LA FACULTÉ	Président
M. R. GOUIRIC,	Maître de Conférence Agrégé (Stomatologie)	Juges
M. L. KEBBOUCHE	Maître de Conférence Agrégé.(Hygiène Hydrologie)	
M. B. MENTOURI	Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie Générale).	